

Medellín, 02 de septiembre de 2025

Señores:

E.S.E HOSPITAL LA MARIA.

NIT: 890905177

Teléfono: (604) 590 6901

CL 92 EE 67 61

Medellín, Antioquia

Asunto: Derecho de Petición - Solicitud de Documentación Médica.

Yo JUAN DIEGO BARRENECHE GONZALEZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.017.274.074, me permito solicitarles de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y en ejercicio del derecho fundamental de petición, en conexidad con los derechos a la salud y acceso a la información, al Hospital la María. la entrega de los siguientes documentos relacionados con atención médica recibida, en esta institución:

1. **FURIPS (Fondo de Riesgos Catastróficos y Seguridad Vial).**
2. **SIRAS (Sistema de Registro de Accidentes de Tránsito).**
3. **Historia clínica completa.**
4. **Incapacidades completas.**
5. **Imágenes de ayudas diagnósticas.**
6. **Resultados de ayudas diagnósticas.**
7. **Certificado de agotamiento del SOAT.**

Dicha información es de carácter urgente y fundamental para la gestión de trámites legales y médicos relacionados con su atención. Por lo tanto, solicito que los documentos requeridos sean remitidos en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, en cumplimiento de los términos establecidos por la ley.

Agradezco que la documentación sea enviada al correo electrónico contacto@indemmeasy.com o que se me indique el procedimiento para su retiro en la sede correspondiente.

Atentamente,



JUAN DIEGO BARRENECHE GONZALEZ

C.C. N.o: 1.017.274.074 de Medellín



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

21-SEP-1999

MACEO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81

ESTATURA

O+

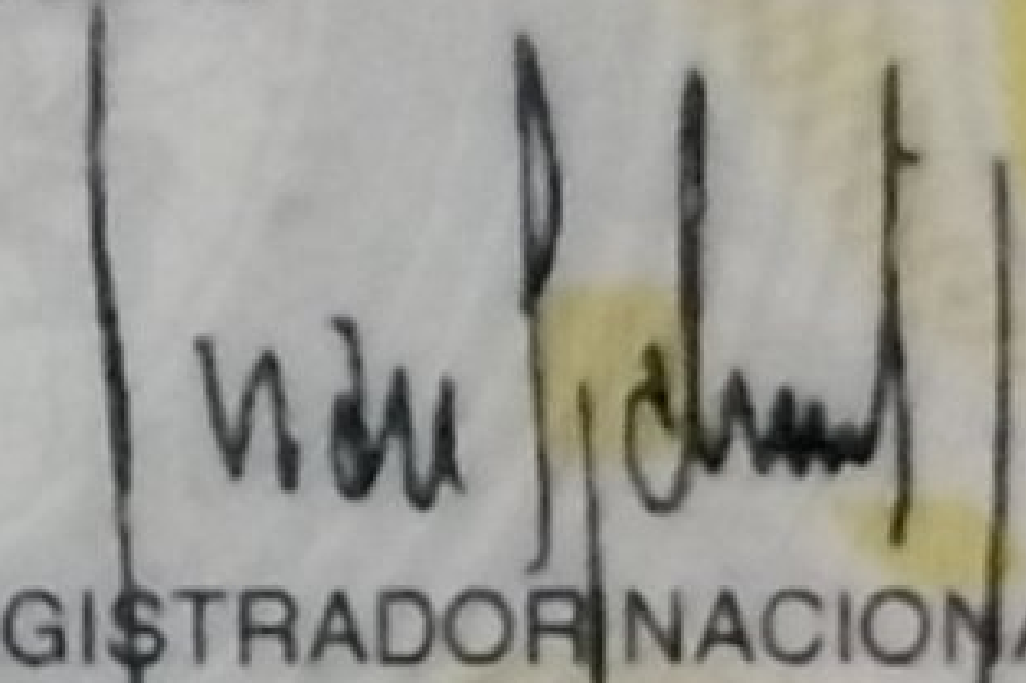
G.S. RH

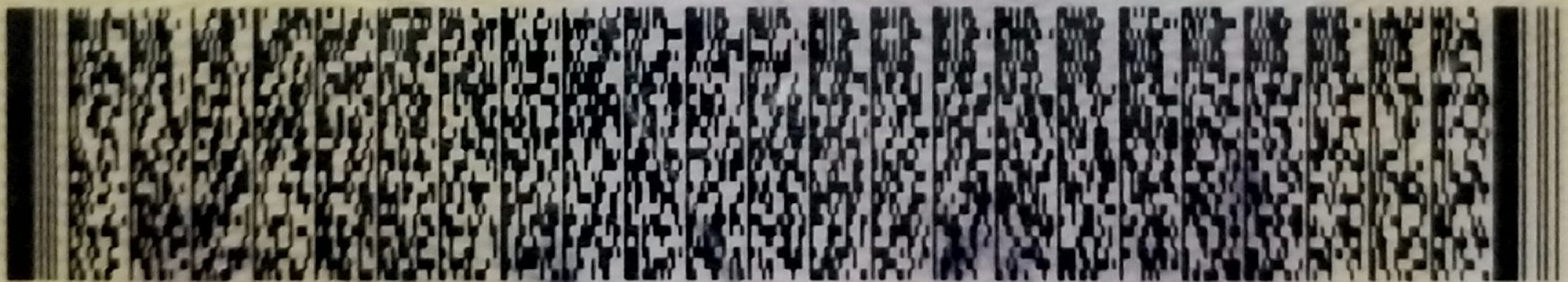
M

SEXO

27-SEP-2017 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0100100-00946243-M-1017274074-20171012

0058113064A 2

49314878

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.017.274.074

BARRENECHE GONZALEZ

APELLIDOS

JUAN DIEGO

NOMBRES

Juan Diego B.

FIRMA



CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO EPS SURA- PACIENTE

I. Información paciente:

Fecha de solicitud: 02/09/2025 No. Documento Paciente: 1.017.274.074

Nombre del paciente: JUAN DIEGO BARRENECHE GONZALEZ

Fecha de ingreso: 17/03/2024

Servicio: Urgencias ☒ Hospitalización ☐ Ambulatorio: ☐

II. Consentimiento para el envío de copia de historia clínica por correo electrónico:

Yo, en mi calidad de titular de los datos, cuyo nombre e identificación está indicada en el numeral I, autorizo expresamente a la E.S.E HOSPITAL LA MARIA, operador de la E.S.E HOSPITAL LA MARIA, responsable del tratamiento de datos personales, para el envío de la copia de mi historia clínica, vía correo electrónico, al siguiente e-mail: info@indemneasy.com.

III. Declaraciones:

Declaro que:

- (i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.
- (ii) Que la información que he suministrado es veraz.
- (iii) Que autorizo el tratamiento de mis datos para los fines indicados en el presente documento.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Juan Diego Barreneche

Nombre: JUAN DEIGO BARRENECHE GONZALEZ

Teléfono de contacto: 3147442987