

Señores

E.S.E HOSPITAL LA MARIA MEDELLIN

ANTIOQUIA

MEDELLIN – ANTIOQUIA

REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN

Yo, **OMAR ARLEY OCHOA**, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 71.368.101, actuando en nombre propio, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la constitución nacional, ruego me suministren la siguiente información:

PETICIONES

PRIMERA: Solicito amablemente la remisión del **Certificado de Tope SOAT** correspondiente a los servicios de salud prestados a mi favor, con ocasión de la atención médica a causa del accidente de tránsito ocurrido el 22 DE ENERO 2025, en el **E.S.E HOSPITAL LA MARIA MEDELLIN ANTIOQUIA** Les agradezco incluir en la documentación:

- Corte de cuenta con certificación de Gastos.
- Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (FURIPS).

SEGUNDA: Solicito respetuosamente me sea entregada una copia íntegra de la historia clínica recopilada con ocasión del accidente de tránsito que sufrí el **22 DE ENERO del 2025**. Solicito que se incluyan todos los registros de atención médica recibida desde el ingreso y hasta la fecha, incluidas las incapacidades generadas, ayudas diagnósticas realizadas, resultados de tales ayudas diagnósticas, recuento de las terapias y cualquier otro tratamiento o documento que haga parte del historial clínico.

Para tal fin autorizo expresamente y bajo mi entera responsabilidad, acceder a mi historial clínico para la emisión de la documentación pretendida.

HECHOS QUE FUNDAMENTAN LA PETICIÓN

PRIMERO: El **22 DE ENERO DEL 2025** sufrí un accidente de tránsito que requirió atención médica de manera urgente.

SEGUNDO: Al tratarse de un accidente de tránsito la atención fue cubierta por la póliza tipo SOAT vigente para fecha **N. ° 88049010-609212910**, expedida por Compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A

TERCERO: Desde el día del accidente, esto es, el **22 DE ENERO DEL 2025**, recibí atención médica de manera prioritaria por causa del accidente de tránsito **E.S.E HOSPITAL LA MARIA MEDELLIN ANTIOQUIA** de Medellín, lugar donde me dieron atención medica luego del accidente de tránsito.

CUARTO: Pese a solicitar de manera presencial la información que mediante esta petición elevo, no ha sido posible la obtención de mi historial clínico, lo que me obliga a elevar este derecho de petición.

VENCIMIENTO DE TÉRMINOS

Espero pronta respuesta en los términos legales de 15 días hábiles, dando el caso de que se den el vencimiento de este término legal, procederé a ejercer mi derecho a la acción de tutela como mecanismo subsidiario. Por favor enviar respuesta al correo que figura al pie de mi firma.

PRUEBAS Y ANEXOS

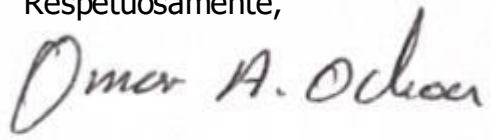
- copia de mi cedula de ciudadanía
- Copia del soat

NOTIFICACIÓN DE RESPUESTA

Favor responder la presente petición al correo **notificacionesjudiciales@maatlegall.com**

Cel. 321 8878967 y 311 7691031

Respetuosamente,

A handwritten signature in black ink, reading "Omar A. Ochoa". The signature is fluid and cursive, with the first letter of each name being capitalized and prominent.

OMAR ARLEY OCHOA

C.C. 71.368.101

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA			HASTA					
AÑO	MES	DÍA	DESDE	AÑO	MES	DÍA	LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	LAS 23:59 HORAS DEL
2024	4	11	2024	4	14	2025	4	13			



ASEGURADORA

 **seguros mundial®**
tu compañía siempre

No. DE PÓLIZA. 88049010 - 609212910		PLACA No. CSG63G		CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA		SERVICIO PARTICULAR		CILINDRAJE/VATIOS 124		MODELO 2023	
PASAJEROS 2		MARCA TVS		LÍNEA VEHÍCULO NTORQ125XCONNECT		CARROCERÍA SIN CARROCERIA					
No. MOTOR AG7AN21A8196				No. CHASIS ó No. SERIE 9FLT11259PEC06361				No. VIN 9FLT11259PEC06361		CAPACIDAD TON. 0,00	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR ENNY PEREA				TELÉFONO DEL TOMADOR 3003851420		TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC		No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 43203367		CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR SABANETA	
CÓDIGO DE ASEGURADORA 1317		CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA 14		CLAVE PRODUCTOR 80001522		No. FORMULARIO 88049010		CIUDAD EXPEDICIÓN 11001			
TARIFA 12		PRIMA SOAT \$ 201.600		CONTRIBUCIÓN FOSYGA \$ 104.800		TASA RUNT \$ 2.100		AMPAROS POR VICTIMA A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 263,13¹ B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 701,68² C. INCAPACIDAD PERMANENTE 8,77 D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 180 750		HASTA UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES	
TOTAL A PAGAR \$ 308.500											
FIRMA AUTORIZADA 											