



Bogotá D.C, 26 de abril de 2022

Póliza No.: 2570300294603
Proceso: OIV-39257-1
Asegurado: GERSAIN
RODRIGUEZ

Señora
Julia Agudelo De Cifuentes
agudelosernajulia@gmail.com
Ciudad

Cordial saludo. En atención a la solicitud que nos ha radicado por medio de nuestra Gerencia de Servicio, en donde solicita respuesta por la reclamación del anexo de Vida Básica de la póliza No. 2570300294603 del asegurado GERSAIN RODRIGUEZ (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con CC 6.559.901 nos permitimos informarle lo siguiente.

El día 14 de febrero de 2022, nuestra área de indemnizaciones emitió respuesta a la reclamación, en donde le informan que no cumple la condición.

Por lo anterior anexamos dicha comunicación (Anexo 1).

Atentamente

Daniel Cruz
Jefe de Administración de Operaciones
Gerencia de Operaciones



ANEXO 1.



OIV-39257-1

Bogotá, 14 febrero 2022

Señor:

JOSE LUIS RODRIGUEZ PATIÑO
Calle 59 Norte N° 3c - 58

Teléfono: 3185980824
Cali(VALLE DEL CAUCA)
jose.rodriguez3981@correo.policia.gov.co

Póliza No: 2570300294603
Asegurado: GERSAIN
RODRIGUEZ POSADA
Reclamación: 35530000195

Cordial Saludo.

En atención al reclamo que nos ha presentado, por el Amparo Básico de Vida del asegurado citado en referencia, al respecto lamentamos informarles que no procede el pago indemnizatorio por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro. El adecuado cumplimiento de esta obligación por parte del tomador permite que la Aseguradora conozca la situación real del riesgo que asume y así calcule el valor de la prima, buscando que se genere el equilibrio propio de la relación contractual.

La inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito. Esta conducta supone la nulidad relativa del contrato tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio que dice:

"ART.1058.- El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el Asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..."

Luego de estas consideraciones procedemos a analizar el caso que nos ocupa:

En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N. 68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Página 1 de 3



SEGUROS
BOLÍVAR



OIV-39257-1

SEGUROS
BOLÍVAR

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29F39634676 Fecha : 13 de Octubre de 2016
 Número Documento : CC-855601
 Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad : 58 Años
 Producto : 799 - Educadora Plus

Formulario de Seguros Bolívar S.A.

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

1.	¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejercerá dentro de los marcos legales?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
2.	¿Ha sido inculcado o inculcado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
3.	¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, corrientes, buceo, parapente, bungee, esqui, montañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA

1.	¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
●	¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	178
2.	¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
3.	¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
4.	¿Diabetes?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
5.	¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
6.	¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
7.	¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
8.	¿Demencia o trastorno cerebral?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
9.	¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
10.	¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
11.	¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
12.	¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
 Nit. 860.002.503-2 - Avenida El Dorado No. 68B-31, piso 10
 Bogotá D.C. - Teléfono: 341 8377 - Fax: 341 0799 - A.S. 4427
 Bogotá D.C., Colombia - www.segurosbolivar.com



Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
 Av. El Dorado N. 68B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
 www.segurosbolivar.com

Página 2 de 3



OIV-39257-1

SEGUROS
BOLÍVAR



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29710634476

Fecha : 13 de Octubre de 2019

Número Documento : CC-6889801

Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA

Edad: 58 Años

Producto: 799 - Educadora Plus

Compañía Seguros Bolívar S.A.

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Lamentablemente estas declaraciones no correspondían con el verdadero estado de salud del asegurado, pues de acuerdo con las Historias Clínicas que reposan en la reclamación, se pudo establecer que el asegurado fue diagnosticado: hipertension arterial, circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad pues de haber conocido estas circunstancias la **COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A** se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

En consecuencia, **COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, debe dar aplicación a las normas del contrato de seguro y negar el pago solicitado.

Agradecemos atención y recuerde que ante cualquier inquietud podrá comunicarse con nosotros a través del #322 o de nuestro chat en www.segurosbolivar.com.

Cordialmente.

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida
km

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Compañía de Seguros Bolívar S.A.



OIV-39257-1

Bogotá, 03 de febrero 2022.

Señor:

José Luis Rodríguez Patiño
Calle 59 norte # 3c 58 Cs 22 paseo de la flora
sauces
Jose.rodriguez3981@correo.policia.gov.co
Cali

Póliza No: 2570300294603
Asegurado: Gersain Rodríguez Posada
Reclamación: 15050000007

Cordial Saludo,

De acuerdo a la reclamación presentada por la cobertura de Vida Básica, la Compañía de Seguros Bolívar S.A., se encuentra en la verificación de la documentación aportada y en búsqueda de más información de conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981 así

“Autorizo expresamente a la “Compañía de Seguros Bolívar S.A” para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar bases de datos...”

Una vez terminemos la revisión de la información le comunicaremos la definición del caso.

Recuerde que ante cualquier inquietud podrá comunicarse a través del #322 o de nuestro chat en www.segurosbolivar.com.

Cordialmente.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida



OIV-39257-1

Bogotá, 4 febrero 2022

Señor:

JOSE LUIS RODRIGUEZ PATIÑO

Calle 59 Norte N° 3c - 58

Telefono: 3185980824

Cali(VALLE DEL CAUCA)

jose.rodriguez3981@correo.policia.gov.co

Póliza No: **2570300294603**

Asegurado: **GERMAIN**

RODRIGUEZ POSADA

Reclamación: **35530000195**

Cordial Saludo.

En atención al reclamo que nos ha presentado, por el Amparo Básico de Vida del asegurado citado en referencia, al respecto lamentamos informarles que no procede el pago indemnizatorio por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro. El adecuado cumplimiento de esta obligación por parte del tomador permite que la Aseguradora conozca la situación real del riesgo que asume y así calcule el valor de la prima, buscando que se genere el equilibrio propio de la relación contractual.

La inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito. Esta conducta supone la nulidad relativa del contrato tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio que dice:

“ART.1058.- El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el Asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...”

Luego de estas consideraciones procedemos a analizar el caso que nos ocupa:

En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:



OIV-39257-1

Número de declaración electrónica : 29739634076

Fecha : 13 de Octubre de 2019

Número Documento : CC-6559901

Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA

Edad: 58 Años

Producto: 799 - Educadores Plus

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

1.	¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
2.	¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3.	¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA

1.	¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
•	¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	175
2.	¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3.	¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
4.	¿Diabetes?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
5.	¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
6.	¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
7.	¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
8.	¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
9.	¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
10.	¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
11.	¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
12.	¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
 Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
 Comutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



OIV-39257-1

Número de declaración electrónica : 29739634076

Fecha : 13 de Octubre de 2019

Número Documento : CC-6559901

Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA

Edad: 58 Años

Producto: 799 - Educadores Plus

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Lamentablemente estas declaraciones no correspondían con el verdadero estado de salud del asegurado, pues de acuerdo con las Historias Clínicas que reposan en la reclamación, se pudo establecer que el asegurado fue diagnosticado: hipertension arterial, circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad pues de haber conocido estas circunstancias la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A** se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

En consecuencia, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, debe dar aplicación a las normas del contrato de seguro y negar el pago solicitado.

Agradecemos atención y recuerde que ante cualquier inquietud podrá comunicarse con nosotros a través del #322 o de nuestro chat en www.segurosbolivar.com.

Cordialmente.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones

Indemnizaciones Seguros de Vida

km

DNI-OIV-42977-1

Bogotá, 23 de Marzo de 2022

Asegurado: **GERSAÍN RODRIGUEZ POSADA**

Reclamo: **35530000195**

Póliza: **2570300294603**

Señor

JOSE LUIS RODRÍGUEZ PATIÑO

Jose.rodriquez3981@correo.policia.gov.co

Teléfono: 3102332714 – 3185980824 - 3176487076

Calle 59 Norte # 3C-58. Paseo de los Ahúses. Barrio La Flora

Cali (Valle del Cauca)

Respetado Señor:

En atención a la comunicación presentada con la que solicita la reconsideración por el no pago de la indemnización por el fallecimiento del señor Gersaín Rodríguez Posada relacionada con la póliza la referencia, al respecto informamos lo siguiente:

1. El señor Gersaín Rodríguez Posada contrato la póliza de Vida Grupo Educadores Plus No. 2570300294601 el día 13 de Octubre de 2019 para lo cual diligenció declaración de asegurabilidad electrónica No. 29739634076 el 13 de Octubre de 2019, en donde informó gozar de buena salud, motivo por el cual la Compañía otorgó la cobertura en condiciones normales y no practicó exámenes médicos de ingreso al Asegurado. En virtud de lo anterior fue emitida la póliza de la referencia con las coberturas de Vida, Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y permanente con un valor asegurado de \$54.000.000 para cada una de ellas y Enfermedades Graves como Anticipo por \$27.000.000 de valor asegurado **(Anexo 1)**.

Como soporte de que la información suministrada en la declaración de asegurabilidad electrónica No. 29739634076 era verídica y correspondía a su estado real de salud el señor Gersaín Rodríguez Posada diligenció el formato firma cliente el día 13 de Octubre de 2019. **(Anexo 2)**

2. El día 18 de Enero de 2022 se recibió reclamación por el fallecimiento del señor Gersaín Rodríguez Posada.

Luego de realizar el estudio a los documentos aportados, esta Aseguradora mediante comunicación OIV-39257-1 del 4 de Febrero de 2022, informó la objeción al pago indemnizatorio por reticencia en la información, al tenor del artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que al Asegurado desde antes de contratar el seguro y firmar la Declaración de Asegurabilidad, ya se le había diagnosticado hipertensión arterial (Año



2009), circunstancia importante del estado de salud que no fue informada al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, lo cual genera la nulidad relativa del contrato de seguro. **(Anexo 3)**.

3. Como se ha informado anteriormente, el estado de salud del Asegurado no era normal al contratar el seguro y contaba con diagnósticos ya conocidos por el señor Rodríguez Posada desde antes de firmar la declaración de Asegurabilidad y aun así manifestó que su estado de salud era normal y no informarla se genera la nulidad relativa del contrato por reticencia en la información.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad, pues de haber conocido estas circunstancias la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro.

Los antecedentes médicos citados anteriormente, se encuentran en la historia clínica del Asegurado que forma parte de la reclamación, en donde constan las anotaciones médicas y prueba de que la reclamación se objetó de manera seria y fundada en concordancia con las normas que regulan el contrato de seguro y la ley y con base en soportes legales como lo es la historia clínica del Asegurado. **(Anexo 4)**

Teniendo en cuenta lo anterior, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, debe continuar negando las reclamaciones presentadas en los mismos términos de la comunicación inicial.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Seguros de Vida

CARRAV



ANEXO 1

Número de declaración electrónica : 29739634076 Fecha : 13 de Octubre de 2019
 Número Documento : CC-6559901
 Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
 Producto: 799 - Educadores Plus

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
1. ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA	
1. ¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
• ¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	175
2. ¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
4. ¿Diabetes?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
5. ¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
6. ¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
8. ¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
9. ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
10. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
11. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
12. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No





DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29739634076

Fecha : 13 de Octubre de 2019

Número Documento : CC-6559901

Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA

Edad: 58 Años

Producto: 799 - Educadores Plus

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> No

NOTA: La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes sería causal de nulidad del contrato de seguro; igualmente declaro haber sido informado sobre las condiciones generales del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras.

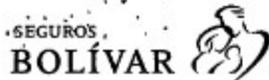
Compañía de Seguros Bolívar S.A.
NIT. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com





ANEXO 2

18-09-61



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

NÚMERO DE PÓLIZA: 2590300294601

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL
 HOGAR VIDA GRUPO PYMES

Tomador
Asegurado Fecha de diligenciamiento
D 13 / 10 / 19

Yo, Gerson Rodríguez P. identificado(s) con CC No. 6559901 de Zarzal, ante COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. Y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS", y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑÍAS, manifiesto que:

Acepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPAÑÍAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentra pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto a asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPAÑÍAS.

Certifico que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente y la consignada en la declaración de asegurabilidad electrónica # 2173163406 que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco fe que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión o falsedad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPAÑÍAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizarme los exámenes médicos que considere pertinentes, así como para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTE DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:

- A) La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley.
B) Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de Administración.
C) He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras - FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte.
D) Entiendo que LAS COMPAÑÍAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LAFT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las otras entidades.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, autos y hogar)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Comente Ahorros Tarjeta de crédito número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Capitalizadora Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Comente Ahorros número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneje. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiéndolo que esto de ninguna manera me exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 13 de Octubre del año 2019.

Gerson Rodríguez P. 6559901
Nombre del cliente C.C. / NIT

Gerson Rodríguez P.
Firma del cliente 

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
NIT. 866.002.503-2

Seguros Comerciales Bolívar S.A.
NIT. 866.002.180-7

Capitalizadora Bolívar S.A.
NIT. 880.006.358-6

Contacto: 3410077 • www.segurosbolivar.com
Avenida El Dorado No. 68b-31 Paa 10 Bogotá D.C. Colombia.



AUTORIZACIONES PARA CONSULTA CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

(1). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA-(LEY 1266 DE 2008):** A). Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mi contrato(s) con ellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para las siguientes fines: 1.1. Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 1.3. Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. B). Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

(2). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 2.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 2.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscrito(s). 2.3. Realizar campañas comerciales y actividades de marketing. 2.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 2.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 2.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades, así como enriquecer mi experiencia como cliente. 2.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera expresa su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y pueden así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que pueden ser cobijados con los servicios de asistencia.

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Le recordamos que las finalidades del Núm. 2.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.

(3). **GRUPO BOLÍVAR:** Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

(4). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45-30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente frente a cada numeral firmo las presentes AUTORIZACIONES el día 13 de Octubre del año 2019.

Gersaín Rodríguez
Nombre del cliente C.C./NIT 6.559.701

Gersaín Rodríguez
Firma del cliente

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista				Verificación de la Información		
Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula	Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
<u>Mlsc Aular</u>	<u>178794</u>	<u>1144169718</u>				
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina	Observaciones:		
Concepto general del cliente:				Nombre del responsable de la verificación		
				Código	Cédula	
Firma del responsable de la entrevista				Cargo	Localidad	

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
NIT. 860.002.503-2

Seguros Comerciales Bolívar S.A.
NIT. 860.002.180-7

Capitalizadora Bolívar S.A.
NIT. 860.006.259-8

Contacto: 3410077 • www.segurosbolivar.com
Avenida El Dorado No. 68B 21 Piso 10 Bogotá D.C. Colombia.

BOLIVAR01942189.1.07.2019.19.12.08



ANEXO 3



OIV-39257-1

Bogotá, 4 febrero 2022

Señor:

JOSE LUIS RODRIGUEZ PATIÑO
Calle 59 Norte N° 3c - 58

Telefono: 3185980824
Cali(VALLE DEL CAUCA)
jose.rodriguez3981@correo.policia.gov.co

Póliza No: **2570300294603**
Asegurado: **GERMAIN**
RODRIGUEZ POSADA
Reclamación: **35530000195**

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Cordial Saludo.

En atención al reclamo que nos ha presentado, por el Amparo Básico de Vida del asegurado citado en referencia, al respecto lamentamos informarles que no procede el pago indemnizatorio por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro. El adecuado cumplimiento de esta obligación por parte del tomador permite que la Aseguradora conozca la situación real del riesgo que asume y así calcule el valor de la prima, buscando que se genere el equilibrio propio de la relación contractual.

La inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito. Esta conducta supone la nulidad relativa del contrato tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio que dice:

"ART.1058.- El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el Asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..."

Luego de estas consideraciones procedemos a analizar el caso que nos ocupa:

En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Página 1 de 3



OIV-39257-1



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29739634078 Fecha : 13 de Octubre de 2019
 Número Documento : CC-6559901
 Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
 Producto: 790 - Educadores Plus

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales? | <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 2. ¿Ha sido inculcado o sindicado o hace parte de un proceso penal? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 3. ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclismo, montañismo u otros deportes denominados de alto riesgo? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |

INFORMACION MEDICA

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Cuál es su peso (Kilogramos)? | 75 |
| 2. ¿Cuál es su estatura (Centímetros)? | 175 |
| 3. ¿Hipertensión arterial? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 4. ¿Colesterol o triglicéridos elevados? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 5. ¿Diabetes? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 6. ¿Enfermedad coronaria y/o infarto? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 7. ¿Insuficiencia renal? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 8. ¿Cáncer o tumores? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 9. ¿Derrame o trombosis cerebral? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 10. ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 11. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 12. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| 13. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos? | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
 Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
 Consultorio 341 8077 • Fax 263 0798 • A.A. 4421
 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
 Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com



OIV-39257-1

SEGUROS
BOLÍVAR



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29739634076 Fecha : 13 de Octubre de 2019
Número Documento : CC-6558901
Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
Producto: 799 - Educadores Plus

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Lamentablemente estas declaraciones no correspondían con el verdadero estado de salud del asegurado, pues de acuerdo con las Historias Clínicas que reposan en la reclamación, se pudo establecer que el asegurado fue diagnosticado: hipertensión arterial, circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad pues de haber conocido estas circunstancias la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A** se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

En consecuencia, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, debe dar aplicación a las normas del contrato de seguro y negar el pago solicitado.

Agradecemos atención y recuerde que ante cualquier inquietud podrá comunicarse con nosotros a través del #322 o de nuestro chat en www.segurosbolivar.com.

Cordialmente.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida
km

Compañía da Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 •Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Página 3 de 3

Compañía de Seguros Bolívar S.A.



ANEXO 4

ATENCION DE ACTIVIDAD GRUPAL - Control # 2 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6089 Fecha : 08/08/2018 12:54

RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: SE REALIZA CONTROL EN TALLER GRUPAL CON ENFERMERIA. SE ENCUENTRA PCTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. SE BRINDA RECOMENDACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD ACTUAL COMO FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES E IGUALMENTE SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO, MANEJO DE HABITOS, EDUCACION SOBRE BUENOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION Y LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA. SE DA PROXIMA CITA DE CONTROL CON MEDICO Y SE ENTREGA FORMULAS MEDICAS POTS-FECHADAS PARA 3 MESES.

Enviado por Profesional : MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6089 Fecha : 08/08/2018 12:54

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : PADLA ANDREA GRANDA FRANCO Registro: 31499361 Fecha : 11/03/2020 11:09

* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

ATENCION DE CONSULTA MEDICA DE ACTIVIDAD GRUPAL

PROGRAMA ACTIVIDAD GRUPAL

Profesional : MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6089 Fecha : 23/08/2010 08:07 Sede : UT ASI SOM ZARZAL

Especialidad : PROMOCION Y PREVENICION

Programa de Hipertension

Hipertensión

Clasificación del Riesgo **BAJO MODERADO Dx. NUEVO 2009-07-24**

Convivencia del Paciente

Vive solo : SI Nombre del acompañante:

Parentesco: Telefono: Celular:

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**

Finalidad Consulta: **Detección de alteraciones del adulto**

Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	OIV-39257-1
ASEGURADO	GERMAIN RODRIGUEZ POSADA
EDAD	60 AÑOS
FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	01/11/2019
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	---
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	---
FECHA DEL SINIESTRO	FALLECE 08/01/2022
DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS	-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA -CHOQUE SEPTICO REFRACTARIO -SEPSIS ABDOMINAL PERITONITIS -OBSTRUCCION INTESTINAL + DIVERTICULITIS COMPLICADA
CODIGO	101001007
ANALISIS Y CONCLUSION	
¿SE NECESITAN ADICIONALES?	NO
¿ CUALES?	---
3.ANTECEDENTES	
3A. ¿ SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA ?	SI
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	HIPERTENSION ARTERIAL (AÑO 2009)
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SE HUBIERA RECHAZADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	SE HUBIERA RECHAZADO
OBSERVACIONES:	
	02/02/2022: INFORME DE INVESTIGACION CONFIRMA LA VERACIDAD DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS Y NO HAY INDICES DE FRAUDE EN LA RECLAMACION. SE CONFIRMA ANTECEDENTE MEDICO, SIN EMBARGO ESTE NO ESTA EN RELACION CON LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
 DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
 HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

HC NUEVA EPS_GERSAIN RODRIGUEZ POSADA.pdf 320 / 334 90%

ATENCION DE ACTIVIDAD GRUPAL - Control # 2 // Entidad: NUEVA E.P.S
Profesional : MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6089 Fecha : 08/08/2018 12:54

RESUMEN Y COMENTARIOS
Observaciones: SE REALIZA CONTROL EN TALLER GRUPAL CON ENFERMERIA SE ENCUENTRA PCTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE BRINDA RECOMENDACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD ACTUAL COMO FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES E IGUALMENTE SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO MANEJO DE HABITOS EDUCACION SOBRE BUENOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION Y LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA. SE DA PROXIMA CITA DE CONTROL CON MEDICO Y SE ENTREGA FORMULAS MEDICAS POTS-FECHADAS PARA 3 MESES.

Enviado por Profesional : MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6089 Fecha : 08/08/2018 12:54

DIAGNOSTICO CONTROL
Profesional : PAOLA ANDREA GRANDA FRANCO Registro: 31499361 Fecha : 11/03/2020 11:09

* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**
Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**
Finalidad Consulta: **No Aplica**
Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

HC NUEVA EPS_GERSAIN RODRIGUEZ POSADA.pdf 318 / 334 90%

PROGRAMA ACTIVIDAD GRUPAL
Profesional : MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6089 Fecha : 23/08/2010 08:07 Sede : UT ASI SEM ZARZAL
Especialidad : PROMOCION Y PREVENICION

Programa de Hipertension
Hipertension
Clasificacion del Riesgo **BAJO MODERADO Dx. NUEVO 2009-07-24**

Convivencia del Paciente
Vive solo : SI Nombre del acompañante:
Parentesco: Telefono: Celular:

DIAGNOSTICO
* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**
Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**
Finalidad Consulta: **Detección de alteraciones del adulto**
Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
HC: HISTORIA CLINICA
CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

The screenshot shows a PDF document viewer with the following content:

HC NUEVA EPS_GERSAIN RODRIGUEZ POSADA.pdf 204 / 334 90%

Cantidad: 30
Dosificación: TOMAR 1 TAB CADA NOCHE
Enviado por Profesional : DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1112100935 Fecha : 13/07/2019 09:20
Fecha O. Medicamento : 13/08/2019 **Post Fechado**

Medicamento: PRAZOSINA 1 mg (TABLETA) TABLETA
Cantidad: 30
Dosificación: TOMAR 1 TAB CADA NOCHE
Enviado por Profesional : DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1112100935 Fecha : 13/07/2019 09:20
Fecha O. Medicamento : 13/09/2019 **Post Fechado**

RESUMEN Y COMENTARIOS
Observaciones: PACIENTE DE 56 AÑO CON ATENEDENTE DE 1) HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 2) TFG ESTIMADA Y CONSERVADA, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO MODULA SIGNOS DE SIRS O DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, PACIENTE CON CUARO CLÍNICO DE TOS SECA DE APROX 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN SE DA ORDEN DE KETOTIFENO 1 TB CADA 12 HORAS, SE DA EGRESO AL PACIENTE DE LA CONSULTA MÉDICA DE CONTROL CON CLARAS Y MÚLTIPLES RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS AMBULATORIAMENTE Y LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS DE SU ENFERMEDAD DE BASE, IMPORTANCIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE, CUIDADOS EN CASA Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTA INMEDIATA. SE DECIDE CONTINUAR MANEJO MÉDICO PREVIAMENTE INSTAURADO, CONTROL EN 3 MESES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Enviado por Profesional : DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1112100935 Fecha : 13/07/2019 09:20

FIN IMPRESION DE PAGINA

Taskbar: HC NUEVA EPS_GE...pdf, HC NUEVA EPS_GE...pdf, CONCEPTO INIF...pdf, 6:10 a. m. 2/02/2022

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

Doctora:

CAMILA ANDREA CALDERÓN FONSCUCA
JUEZ VEINTIDÓS (22) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

E-mail: cmpl22bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.

S.

D.

**REFERENCIA.
RADICACIÓN.
DEMANDANTE.**

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
110014003-022-2022-01269-00
NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ PATIÑO Y JOSÉ
LUIS RODRÍGUEZ PATIÑO
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

DEMANDADO.

ASUNTO.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA SUBSANADA

JAIME ENRIQUE HERNÁNDEZ PÉREZ, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 79.938.138 expedida en Bogotá D.C., acreditado con la tarjeta profesional de abogado número 180.264 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** (“BOLÍVAR”), con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., sociedad comercial vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente por el doctor **ALLÁN IVÁN GÓMEZ BARRETO**, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 79.794.741 expedida en Bogotá, procederé a contestar la demanda subsanada incoada por NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ PATIÑO y JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ PATIÑO dentro del proceso de la referencia, para que procesalmente se disponga lo pertinente.

OPORTUNIDAD

EL 14 de agosto del 2023, este apoderado judicial remitió correo electrónico al Juzgado solicitando la notificación personal y el acceso al expediente.

El día 15 de agosto de 2023, dando respuesta al correo anterior, el Juzgado contestó en los siguientes términos:

“En atención a su solicitud y con el fin de proceder a su notificación personal, remitimos el siguiente link a fin de realizar la diligencia virtual de notificación.

https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_NmNINWU5Y2YtYmM2MC00MTc3LWEzMDZmFlZjZiMzVmZDJI%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22622cba98-80f8-41f3-8df5-8eb99901598b%22%2c%22Oid%22%3a%22c701369f-aaa4-4d81-8e9b-8242a9d00c18%22%7d”

Notificación Personal proceso 2022-01269 Recibidos x



Juzgado 22 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.

mar, 15 ago, 11:54



para David, mi ▾

<p>ago 15 mar</p>	<p>Notificación Personal proceso 2022-01269 Míralo en Google Calendar</p> <p>Cuándo mar 15 de ago de 2023 4pm - 4:30pm (COT) Ubicación Microsoft Teams Meeting Participantes David Antonio Gonzalez Rubio Breakey, Juzgado 22 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.*</p> <p><input type="button" value="Sí"/> <input type="button" value="Quizás"/> <input type="button" value="No"/> Más opciones</p>	<p>Agenda mar 15 de ago de 2023</p> <p>10am AUDIENCIA INICIAL LIBERTY SEGUROS // ... 3pm Audiencia Conciliación Liberty Seguro... 4pm Notificación Personal proceso 2022-01269</p> <p>No hay eventos posteriores.</p>
----------------------------------	--	--

Notificación que se realizó por medio de la plataforma Microsoft Teams el día 15 de agosto de 2023 a las 4:00 p.m., de igual manera, permitiendo el acceso de inmediato al expediente.

Así las cosas, la notificación personal fue realizada el día 15 de agosto de 2023, razón por la cual, los términos empezaron a correr desde el 16 de agosto de 2023, finalizando el 13 de septiembre de 2023, es así como, la contestación se radica en tiempo.

I. RESPUESTA A LO RELACIONADO EN EL ACÁPITE DENOMINADO “I. HECHOS:” DE LA DEMANDA SUBSANADA

Respecto a los hechos planteados por la parte demandante manifiesto lo siguiente:

AL HECHO “PRIMERO:”. Es cierto. El señor Gersaín Rodríguez Posada contrató con mi representada, la póliza de Vida Grupo Educadores Plus No. 2570300294601 el día 13 de octubre de 2019, la cual inició su vigencia el 1 de noviembre de 2019. Sin embargo, se aclara que el número de póliza No 2570300294603, corresponde a un certificado de renovación.

AL HECHO “SEGUNDO:”. Es cierto; sin embargo, me atengo a su tenor literal.

AL HECHO “TERCERO:”. Es cierto; de acuerdo con las documentales que se aportaron al proceso.

AL HECHO “CUARTO:”. No es un hecho, corresponde a una apreciación subjetiva del apoderado de la parte actora, aunado a que contiene por esta razón, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL HECHO “QUINTO:”. No es un hecho y no le consta a mi representada, pues se trata de hechos de un tercero. Por tanto, nos atenemos a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL HECHO “SEXTO:”. Es parcialmente cierto. Explico: Mediante comunicación OIV-39257-1 del 4 de febrero de 2022, mi representada negó la reclamación por reticencia en la información, al tenor del artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que, el señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), desde antes de contratar el seguro y firmar la Declaración de Asegurabilidad, ya se le había diagnosticado hipertensión arterial (año 2009), circunstancia importante del estado de salud que no fue informada al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, lo cual genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

La objeción formulada fue reiterada mediante comunicaciones OIV-39257-1 del 14 de febrero de 2022 y DNI-OIV-42977-1 del 23 de marzo de 2022.

AL HECHO “SÉPTIMO:”. Es cierto. Así se desprende de la historia clínica del paciente, por lo que no se trata de un supuesto, sino de un hecho acreditado:



ATENCION DE ACTIVIDAD GRUPAL - Control # 2 (Entidad: NUEVA E.P.S.)
Profesional: MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6099 Fecha: 08/08/2015 12:54

RESUMEN Y COMENTARIOS
Observaciones: SE REALIZA CONTROL EN TALLER GRUPAL CON ENFERMERIA SE ENCUENTRA PCTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE BRINDA RECOMENDACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD ACTUAL COMO FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES E IGUALMENTE SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO, MANEJO DE HABITOS EDUCACION SOBRE BUENOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACION Y LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA, SE DA PROXIMA CITA DE CONTROL CON MEDICO Y SE ENTREGA FORMULAS MEDICAS POTS-FECHADAS PARA 3 MESES.

Enteado por Profesional: MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6099 Fecha: 08/08/2015 12:54

DIAGNOSTICO CONTROL
Profesional: RIGLA ANDREA GRANDA FRANCO Registro: 2149601 Fecha: 11/03/2020 11:08

* De Post: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Tipo Diagnóstico: Confirmado repetido
Finalidad Consulta: No Aplica
Causa Externa: Enfermedad General

FIN IMPRESION DE PAGINA

ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA DE ACTIVIDAD GRUPAL

PROGRAMA ACTIVIDAD GRUPAL

Profesional : MONICA CLAYA DUDNAG Registro: 6069 Fecha : 23/09/2019 08:37 Sede : UT A9 SOM ZARZAL

Especialidad : PROMOCION Y PREVENCIÓN

Programa de Hipertension

Hipertensión

Clasificación del Riesgo **BAJO** **MODERADO** Dx. NUEVO 2009-07-24

Convivencia del Paciente

Vive solo : SI Nombre del acompañante:

Parentesco: Telefono: Celular:

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **H0X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**

Finalidad Consulta: **Detección de alteraciones del adulto**

Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA NOCHE**

Enviado por Profesional : DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1102100935 Fecha : 13/07/2019 08:20

Fecha O. Medicamento : 13/08/2019 **Post Fechado**

Medicamento: **PRAZOSINA 1 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA NOCHE**

Enviado por Profesional : DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1102100935 Fecha : 13/07/2019 08:20

Fecha O. Medicamento : 13/08/2019 **Post Fechado**

RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: **PACIENTE DE 56 AÑO CON ANTECEDENTE DE 1) HIPERTENSION ARTERIAL, 2) TFG ESTIMADA Y CONSERVADA, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO MUESTRA SIGNOS DE SIRS O DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, PACIENTE CON CUARO CLINICO DE TOS SECA DE APPROX 2 SEMANAS DE EVOLUCION SE DA ORDEN DE KETOTIFENO 1 TS CADA 12 HORAS, SE DA EGRESO AL PACIENTE DE LA CONSULTA MEDICA DE CONTROL CON CLARAS Y MULTIPLES RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS AMBULATORIAMENTE Y LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PERIODICOS DE SU ENFERMEDAD DE BASE, IMPORTANCIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE, CUIDADOS EN CASA Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTA INMEDIATA, SE DECIDE CONTINUAR MANEJO MEDICO PREVIAMENTE INSTAURADO, CONTROL EN 3 MESES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.**

Enviado por Profesional : DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1102100935 Fecha : 13/07/2019 08:20

FIN IMPRESION DE PAGINA

AL HECHO “OCTAVO:”. No es cierto como se redacta. Lo cierto es que, la declaración de asegurabilidad fue diligenciada por el asegurado, en donde se incluyó la huella dactilar del señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), en señal de que fue el quien lo suscribió personalmente y con conocimiento de las declaraciones allí contenidas, lo que se evidencia en el referido documento:



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29739634076 Fecha : 13 de Octubre de 2019
 Número Documento : CC-6559901
 Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
 Producto: 799 - Educadores Plus

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
1. ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA	
1. ¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
• ¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	175
2. ¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
4. ¿Diabetes?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
5. ¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
6. ¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
8. ¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
9. ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
10. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
11. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
12. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

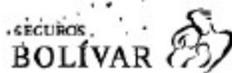
Compañía de Seguros Bolívar S.A.
 Nit. 890.502.503-2 • Avenida el Dorado No. 65B-31, piso 10
 Correo: 3411 0077 • Fax: 283 0799 • A.J. 4421
 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29739634076 Fecha : 13 de Octubre de 2019
 Número Documento : CC-6559901
 Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
 Producto: 799 - Educadores Plus

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

18-09-61

NÚMERO DE PÓLIZA 290300294601

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL
 HOGAR VIDA GRUPO PYMES

Tomador Asegurado Fecha de diligenciamiento 13/10/19

Yo Gersaín Rodríguez P. identificado con CC No 6559901 de 2019 ante COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. y CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPAÑIAS", y ASISTENCIA BOLIVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar sus clientes involucrados con LAS COMPAÑIAS, manifiesto que:

Acepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPAÑIAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentra pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración de riesgo coelete a asegurarme este contrato, cuando a ella hubiere lugar, y ésta haya sido aceptada por LAS COMPAÑIAS.

Confirmando que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Comenciamiento del Cliente y le consignado en la declaración de asegurabilidad electrónica # 24-296804, que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todos sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión la verdad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPAÑIAS para reproducirla y hacerla valer en la cualesquiera instancia donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizar los exámenes médicos que considere pertinentes, así como para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aun después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de proveer que la vinculación tenga por objeto dar presencia de legalidad a actos provenientes de actividades delictivas e canalizar recursos vinculados con el lavado de activos y la financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:
A) La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su veracidad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley.
B) Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros contos que adquiri los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de ADMINISTRACIÓN.

C) He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1985 de 2013 también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras (FATCA). Entiendo que en cumplimiento de éste, y de darse los requisitos previstos en la ley se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicio de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser compartida, suministrada o utilizada de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en las cuales la República de Colombia sea parte.

D) Entiendo que LAS COMPAÑIAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LAFIT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos actuales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que se aplice en certificaciones de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar con periodicidad una vez al año la información personal a LAS COMPAÑIAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstos, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas actividades, sea conocida y utilizada por las otras restantes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, hogar y hogar): Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros Tarjeta de crédito número del banco a mi nombre, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de tener por concepto de la prima portafondos o cupes insalvables, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización): Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Capitalizadora Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros número del banco a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneje. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de número de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiendo que esto de ninguna manera exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 13 de Octubre del año 2019.

Gersaín Rodríguez P. 6559901 Gersaín Rodríguez P. 

Nombre del cliente C.C./NIT Firma del cliente

Frente a la afirmación de “se desconoce si fue el señor GERSAÍN RODRIGUEZ POSADA (Q.E.P.D.), o un asesor de la COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., quien lo diligenció.”, debo señalar que, la información registrada en el formulario denominado declaración de asegurabilidad, solo la pudo suministrar el señor Rodríguez Posada (q.e.p.d.), teniendo en cuenta que, las preguntas que allí se formulan, son de conocimiento exclusivo de quien toma el seguro, ejemplo de ello, peso, estatura, si ha estado incurrido en un proceso penal, si practica deportes de alto riesgo, etc., respuestas que son ajenas al conocimiento de mi representada.

Adicionalmente, en el texto de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), se indicó lo siguiente:

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 13 de Octubre del año 2019.

Gersaín Rodríguez P. 6559901 Gersaín Rodríguez P. 

Nombre del cliente C.C./NIT Firma del cliente

AL HECHO “NOVENO:” No es un hecho, corresponde a una apreciación subjetiva del apoderado de la parte demandante. Sin embargo, debo señalar que, sí existió la debida guía e información al señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), lo que se evidencia, además, en la entrega que se le hizo del clausulado aplicable al seguro, en donde se indican las consecuencias de incurrir en retención.

Adicionalmente, el deber de responder verazmente se debe predicar de toda relación civil o comercial, sin que sea admisible justificar un proceder deshonesto.

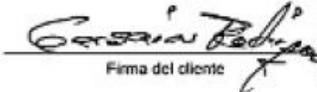
Frente a la afirmación de que no existe prueba de que mi representada a través de sus asesores explicó o guió al señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), sobre el verdadero fin u objeto de diligenciar el formato “Declaración de Asegurabilidad”, debo señalar que, en la declaración de asegurabilidad, se indicaba que había sido informado sobre las condiciones del seguro, que comprendía la información suministrada y que tuvo la oportunidad de hacer preguntas, tal y como se observa a continuación:

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 13 de Octubre del año 2021.


Nombre del cliente

6559901
C.C./NIT


Firma del cliente



AL HECHO “DÉCIMO:”. Es cierto. No obstante, el hecho de no haber sido practicado un examen médico no exime al asegurado de las consecuencias de la reticencia, como bien lo indica el artículo 1158 del Código de Comercio:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

Así mismo, el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio señala:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”.

AL HECHO “DÉCIMO PRIMERO:”. No es cierto como se encuentra redactado. El hecho de no haber sido practicado un examen médico, o revisada la historia clínica, no exime al asegurado de las consecuencias de la reticencia, como bien lo indica el artículo 1158 del Código de Comercio:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

Así mismo, el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio señala:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”.

AL HECHO “DÉCIMO SEGUNDO:”. No es cierto como se encuentra redactado. El hecho de no haber sido practicado un examen médico no exime al asegurado de las consecuencias de la reticencia, como bien lo indica el artículo 1158 del Código de Comercio:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

Así mismo, el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio señala:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”.

Se aclara que, mediante comunicación OIV-39257-1 del 4 de febrero de 2022, mi representada negó la reclamación por reticencia en la información, al tenor del artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que, el señor GERSAÍN RODRIGUEZ POSADA (q.e.p.d.), desde antes de contratar el seguro y firmar la Declaración de Asegurabilidad, ya se le había diagnosticado hipertensión arterial (año 2009),

circunstancia importante del estado de salud que no fue informada al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, lo cual genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

La objeción formulada fue reiterada mediante comunicaciones OIV-39257-1 del 14 de febrero de 2022 y DNI-OIV-42977-1 del 23 de marzo de 2022.

De modo que el deber de declarar fiel y suficientemente el estado del riesgo se encuentra en cabeza del asegurado, por ser quien lo conoce de mejor forma.

En ese sentido, la sentencia C-232/1997, que se pronunció sobre la constitucionalidad del referido artículo, indicó:

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador”. (Subrayo).

AL HECHO “DÉCIMO TERCERO:”. No es cierto como se encuentra redactado. No obstante, el hecho de no haber sido practicado un examen médico no exime al asegurado de las consecuencias de la reticencia, como bien lo indica el artículo 1158 del Código de Comercio:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

Así mismo, el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio señala:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”.

Ahora, BOLÍVAR **sí** preguntó por el estado de salud general del asegurado y por la existencia o no de enfermedades, como se observa a continuación y tal y como se pueden apreciar de acuerdo con los documentos allegados con esta contestación.

INFORMACION MEDICA	
1. ¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
● ¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	175
2. ¿Hipertensión arterial?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. ¿Diabetes?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
5. ¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
6. ¿Insuficiencia renal?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
7. ¿Cáncer o tumores?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
8. ¿Derrame o trombosis cerebral?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
9. ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
10. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
11. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
12. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

II. RESPECTO AL ACÁPITE DENOMINADO “II. PRETENSIONES” DE LA DEMANDA SUBSANADA

Debo indicar de manera respetuosa que me opongo a todas las pretensiones de la demanda formuladas contra BOLÍVAR, con fundamento en los argumentos expuestos en el presente documento.

A LA “PRIMERA:”. Me opongo a la declaración, toda vez que operó la nulidad del referido contrato de seguro, producto de la reticencia en que incurrió el señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), por lo que no puede surgir ninguna obligación de pago de la aseguradora. En efecto, el asegurado sufría de hipertensión, al menos, desde el año 2009:

ATENCIÓN DE ACTIVIDAD GRUPAL - Control # 2 / Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional: MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6389 Fecha: 08/08/2018 12:54

RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: SE REALIZA CONTROL EN TALLER GRUPAL CON ENFERMERIA SE ENCUENTRA PCTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE BRINDA RECOMENDACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD ACTUAL COMO FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES E IGUALMENTE SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO, MANEJO DE HABITOS, EDUCACION SOBRE BUENOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION Y LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA. SE DA PROXIMA CITA DE CONTROL CON MEDICO Y SE ENTREGA FORMULAS MEDICAS POTS-FECHADAS PARA 3 MESES.

Enviado por Profesional: MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6389 Fecha: 08/08/2018 12:54

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional: PAOLA ANDREA GRANDA FRANCO Registro: 2149601 Fecha: 11/03/2020 11:08

* Dx Ppal: **H10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

PROGRAMA ACTIVIDAD GRUPAL

Profesional: MONICA OLAYA DUENAS Registro: 6389 Fecha: 23/08/2018 08:37 Sede: UT A9-50M 2402AL

Especialidad: PROMOCION Y PREVENCION

Programa de Hipertension

Hipertensión

Clasificación del Riesgo: **BAJO MODERADO** Da. **NUEVO 2009-07-24**

Convivencia del Paciente

Vive solo: **SI** Nombre del acompañante:

Parentesco: Telefono: Celular:

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **H10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**

Finalidad Consulta: **Detección de alteraciones del adulto**

Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA NOCHE**

Enviado por Profesional: DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 110210035 Fecha: 13/07/2018 08:20

Fecha 0: Medicamento: 13/08/2019 **Post Fechado**

Medicamento: **PRazosina 1 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA NOCHE**

Enviado por Profesional: DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 110210035 Fecha: 13/07/2018 08:20

Fecha 0: Medicamento: 13/08/2019 **Post Fechado**

RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: PACIENTE DE 56 AÑO CON ATENCIENTE DE 1) HIPERTENSION ARTERIAL, 2) TFG ESTIMADA Y CONSERVADA, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO MUESTRA SIGNOS DE SIRS O DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, PACIENTE CON CUARO CLINICO DE TOS SECA DE APROX 2 SEMANAS DE EVOLUCION SE DA ORDEN DE RETOTIFEND 1 TB CADA 12 HORAS, SE DA EGRESO AL PACIENTE DE LA CONSULTA MEDICA DE CONTROL CON CLARAS Y MULTIPLES RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS AMBULATORIAMENTE Y LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PERIODICOS DE SU ENFERMEDAD DE BASE, IMPORTANCIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE, CUIDADOS EN CASA Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTA INMEDIATA, SE DECIDE CONTINUAR MANEJO MEDICO PREVIAMENTE INSTAURADO, CONTROL EN 3 MESES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Enviado por Profesional: DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 110210035 Fecha: 13/07/2018 08:20

FIN IMPRESION DE PAGINA

Por consiguiente, está demostrado que el señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), incurrió en una reticencia que, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, da lugar a la declaratoria de nulidad del contrato de seguro.

En la declaración de asegurabilidad el señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), afirmó lo siguiente:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	
1. ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA	
1. ¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
• ¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	175
2. ¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
4. ¿Diabetes?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
5. ¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
6. ¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
8. ¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
9. ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
10. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
11. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
12. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nte. 890.002-503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Commutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29739634076 Fecha : 13 de Octubre de 2019
Número Documento : CC-6559901
Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
Producto: 799 - Educadores Plus

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Ahora bien, es preciso señalar que, sí al momento de celebrar el contrato de seguro, BOLÍVAR hubiera conocido la existencia del verdadero estado de salud del señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), se habría retraído de celebrarlo, lo anterior, de conformidad con el concepto médico emitido por la Gerencia Médica de esta aseguradora y basado en los documentos aportados a la compañía por los demandantes.

3.ANTECEDENTES	
3A. ¿ SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA ?	SI
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	HIPERTENSION ARTERIAL (AÑO 2009)
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SE HUBIERA RECHAZADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	SE HUBIERA RECHAZADO

Por consiguiente, no hay ninguna obligación a cargo de BOLÍVAR, derivada de la póliza de Vida Grupo Educadores Plus No. 2570300294601 suscrita el día 13 de octubre de 2019.

A LA “SEGUNDA”: Me opongo a la declaración, toda vez que operó la nulidad del referido contrato de seguro, producto de la reticencia en que incurrió Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), razón por la cual no surge ninguna obligación de pago de la aseguradora, teniendo en cuenta que, el asegurado incurrió en una reticencia que, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, da lugar a la declaratoria de nulidad del contrato de seguro.

En la declaración de asegurabilidad el asegurado afirmó lo siguiente, que resultó ser abiertamente contrario a su real estado de salud, de conformidad con la historia clínica transcrita con anterioridad:



**SEGUROS
BOLÍVAR**

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Número de declaración electrónica : 29739634076

Fecha : 13 de Octubre de 2019

Número Documento : CC-6559901

Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA

Edad: 58 Años

Producto: 799 - Educadores Plus

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

1.	¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
2.	¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3.	¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclismo o otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA

1.	¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
●	¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	175
2.	¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3.	¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
4.	¿Diabetes?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
5.	¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
6.	¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
7.	¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
8.	¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
9.	¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
10.	¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
11.	¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
12.	¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
 Nit. 890.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
 Consultador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



Número de declaración electrónica : 29739634076 Fecha : 13 de Octubre de 2019
 Número Documento : CC-6559901
 Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
 Producto: 799 - Educadores Plus

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Ahora bien, es preciso señalar que, sí al momento de celebrar el contrato de seguro, BOLÍVAR hubiera conocido la existencia del verdadero estado de salud del señor Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), se habría retraído de celebrarlo, lo anterior, de conformidad con el concepto médico emitido por la Gerencia Médica de esta aseguradora y basado en los documentos aportados a la compañía por los demandantes.

3.ANTECEDENTES	
3A. ¿ SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA ?	SI
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	HIPERTENSION ARTERIAL (AÑO 2009)
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SE HUBIERA RECHAZADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	SE HUBIERA RECHAZADO

Por consiguiente, no hay ninguna obligación a cargo de BOLÍVAR, derivada de la póliza de Vida Grupo Educadores Plus No. 2570300294601 suscrita el día 13 de octubre de 2019.

A LA “TERCERA:”. Me opongo a la declaratoria solicitada, considerando que operó la nulidad del contrato de seguro, por lo que no hay ningún siniestro indemnizable bajo el seguro de vida grupo deudores, ni puede surgir ninguna obligación de indexación, de acuerdo con lo expuesto en el acápite que antecede.

A LA “CUARTA:”. Me opongo a la condena solicitada por la demandante, considerando que, al no existir obligación indemnizatoria, tampoco existe el derecho al pago de costas.

III. AUSENCIA DE JURAMENTO ESTIMATORIO

Me opongo a la estimación de perjuicios efectuada por la parte demandante en respuesta a la ausencia de juramento estimatorio.

En el presente asunto se debía formular juramento estimatorio en la demanda, de acuerdo con el artículo 206 del Código General del Proceso, que señala: *“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos”.* (Resalto).

En ese sentido, la estimación debe ser detallada y precisa para que la defensa pueda objetarla en concreto¹. Por tanto, no es suficiente la simple enunciación de la cuantía y los criterios que a su juicio son pertinentes, sino que es necesario que se despliegue un discurso argumentativo, para que la carga procesal señalada por el legislador pueda considerarse satisfecha.

¹ Canosa, Ulises. Artículo publicado en XXXIII Congreso Colombiano de Derecho Procesal, ISSN 2322-6560, Universidad Libre, Bogotá, septiembre de 2012, pág. 33.

No obstante, no se propuso debida ni expresamente el juramento estimatorio, ni se calcularon los intereses bajo juramento estimatorio. Por tanto, solicito respetuosamente a la consecuencia procesal señalada por el mismo inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso, que señala:

“...Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo...”

(...)

El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento”.

Por consiguiente, se debe considerar que no existe prueba suficiente de la cuantía de los intereses reclamados y, además, ninguna condena podrá exceder la porción que en principio le correspondería a cada uno de los demandantes de los cincuenta y cuatro millones de pesos (\$54.000.000) señalados expresamente dentro del juramento estimatorio.

IV. EXCEPCIONES DE FONDO O MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA SUBSANADA

4.1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA AL MOMENTO DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

El contrato de seguro de vida según el ordenamiento jurídico colombiano, y en desarrollo de la doctrina se ha establecido de carácter “(...) indemnizatorio, en consideración a que la pérdida de la vida, como tal, es objeto de resarcimiento por el asegurador (...) aunque sea indirectamente, tiene un valor (...) lo propio puede decirse de otros seguros de personas, tales como el de accidentes personales, el seguro de enfermedad, el de invalidez, en los que, pese a no mediar cesación de la vida humana, la realización del riesgo asegurado, per se, irroga un perjuicio objetivo de índole netamente económico (...)”.

La Corte Suprema de Justicia definió esta clase de seguros así:

“En el seguro de vida, el riesgo que asume el asegurador es la muerte del asegurado, en el que, se reitera, a diferencia del de daños, que tiene naturaleza indemnizatoria, las partes pueden libremente pactar la suma asegurada, que propiamente no responde al concepto de indemnización, sino al de prestación a cargo del asegurador por la ocurrencia del hecho que según la póliza da origen a la obligación de pagar la cantidad estipulada. Por lo tanto, con la sola ocurrencia del siniestro, debidamente acreditada, por regla general nace la obligación del asegurador de pagar el valor del seguro en la cantidad estipulada en el contrato.

(...)

Ahora bien, el ámbito de aplicación del artículo 2357 del Código Civil se circunscribe a los casos en que la incidencia causal colectiva se tiene en cuenta para determinar el grado de imputabilidad subjetiva de los autores del daño, en particular la víctima, a efecto de que ella asuma una parte de la pérdida. No obstante, el artículo 2357 del Código Civil resulta notoriamente inaplicable a los seguros de vida, en primer lugar, por estar regidos ellos por normas especiales del estatuto mercantil, y en segundo, por no ser de carácter indemnizatorio”.

Teniendo en cuenta lo precedente, y que se trata de la celebración de un contrato de seguro en los mencionados términos, tanto la legislación como la jurisprudencia colombiana han sido enfáticas en resaltar aquellos aspectos imprescindibles a la hora de adquirir este tipo de productos. De esta manera, el artículo 83 de la Constitución Política y el artículo 1058 del Código de Comercio establecen la importancia de obrar de buena fe en este tipo de negocios, indicando:

“La buena fe constituye un principio que disciplina y constituye un eje fundamental en los contratos de seguro, obligación que recae en el tomador, quien se encuentra en el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo. (...) De conformidad con lo anterior, el principio de la buena fe que ampara el contrato de seguro obliga a las partes

a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia de este, porque de ello depende la eficacia y cumplimiento de las cláusulas en él previstas”.
(Resaltado es nuestro).

Este deber de buena fe, potencializado en el presente tipo de contratos, se materializa a través del deber y carga que tiene el asegurado de **diligenciar de manera sincera el estado del riesgo en la declaración de asegurabilidad al momento de celebrar el contrato**, pues solamente es de esta actuación que depende la asunción o no del riesgo por parte de la aseguradora, toda vez que no sería justo que esta cancele un valor indemnizatorio por riesgos que evidentemente ocurrirán o que de haberlos conocido antes no se hubiera contratado, tal como sucedió en el caso concreto. Así, el artículo 1058 del Código de Comercio establece que:

*“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. **La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”.***

Ahora bien, es preciso señalar que, sí al momento de celebrar el contrato de seguro, BOLÍVAR hubiera conocido la existencia del verdadero estado de salud del señor Gersain Rodríguez (q.e.p.d.), se habría retraído de celebrarlo, lo anterior, de conformidad con el concepto médico emitido por la doctora Diana Gómez, adscrita a la Gerencia Médica de BOLÍVAR y basado en los documentos aportados a la compañía por la parte demandante.

3.ANTECEDENTES	
3A. ¿ SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA ?	SI
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	HIPERTENSION ARTERIAL (AÑO 2009)
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SE HUBIERA RECHAZADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	SE HUBIERA RECHAZADO

Es claro entonces que el ordenamiento jurídico colombiano, al establecer como efecto la nulidad relativa en aquellos contratos donde se configure la reticencia por parte del asegurado, pues el asegurador celebró un contrato bajo el cual su consentimiento se encontraba viciado por error en los términos del artículo 1266 del Código Civil.

Por su parte y en una interpretación sistemática del artículo 1058 del código de comercio, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha indicado en varios pronunciamientos, que para que la reticencia provoque la nulidad relativa del contrato de seguro de vida, es necesario que se encuentren presentes tres elementos a saber; (i) La existencia de reticencia o inexactitud sobre las circunstancias y hechos que rodean el estado de riesgo (ii) el conocimiento de dichas circunstancias por el tomador/asegurado y su ocultamiento al asegurador (iii) que la aseguradora de haber conocido estos hechos se hubiera retraído de celebrar el contrato o habría estipulado condiciones más onerosas.

El problema de la reticencia y sus efectos en la validez del contrato de seguro ha sido abordado por la Corte Suprema de Justicia en múltiples ocasiones, particularmente en la sentencia del 1 ° junio de 2007. exp. No. 66001-3103-004-2004-00179-01. Allí se hizo una interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, a partir del cual se establecieron tres (3) deducciones a saber:

- Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo **no tiene por fuente misma dicho contrato, sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo, pero bajo condiciones más onerosas.**
- No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al asegurado para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando

se le ha requerido para que dé información objetiva y de suficiente entidad, que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; **sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.**

- Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, **observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.**

Estos argumentos fueron reiterados entre otras providencias, en los radicados SC 25 mayo 2012 exp. 05001-3103-001-2006-00038-01; SC 1 ° sep. 2001 exp. 2003-00400 y en SC2803-2016.

Pues bien, descendiendo al caso bajo estudio encontramos que se cumplen a cabalidad con los presupuestos dictados por la ley y la jurisprudencia de cara la configuración del régimen rescisorio de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio.

En primer lugar, la declaración de asegurabilidad diligenciada por el asegurado mediante un formato electrónico, luego refrendado por su firma física, contiene las siguientes afirmaciones, que fueron expresamente aceptadas:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	
1. ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
INFORMACION MEDICA	
1. ¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	75
• ¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	175
2. ¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
4. ¿Diabetes?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
5. ¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
6. ¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
8. ¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
9. ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
10. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
11. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
12. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
NIT. 890.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 688-31, piso 10
Consultador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.U. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



Número de declaración electrónica : 29739634076 Fecha : 13 de Octubre de 2019
 Número Documento : CC-6559901
 Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA Edad: 58 Años
 Producto: 799 - Educadores Plus

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

No obstante, luego de haber recibido la reclamación por parte de los demandantes, BOLÍVAR pudo constatar que venía sufriendo de hipertensión y obesidad, condiciones que agravaron su estado de salud y que, en últimas, tuvieron que ver con la causa final del deceso del asegurado:

ATENCIÓN DE ACTIVIDAD GRUPAL - Control # 2 (Entidad: NUEVA E.P.S)
 Profesional: MONICA OLAYA DUEÑAS Registro: 6389 Fecha: 08/09/2018 12:54

RESUMEN Y COMENTARIOS
 Observaciones: SE REALIZA CONTROL EN TALLER GRUPAL CON ENFERMERIA SE ENCUENTRA PCTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE BRINDA RECOMENDACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD ACTUAL COMO FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES E IGUALMENTE SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO, MANEJO DE HABITOS EDUCACION SOBRE BUENOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION Y LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA, SE DA PROXIMA CITA DE CONTROL CON MEDICO Y SE ENTREGA FORMULAS MEDICAS POTS-FECHADAS PARA 3 MESES.

Enviado por Profesional: MONICA OLAYA DUEÑAS Registro: 6389 Fecha: 09/09/2018 12:54

DIAGNOSTICO CONTROL
 Profesional: PAOLA ANDREA GRANDA FRANCO Registro: 3149601 Fecha: 11/03/2020 11:08
 * Dx Ppal: **H0X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**
 Tipo Diagnóstico: Confirmado repetido
 Finalidad Consulta: No Aplica
 Causa Externa: Enfermedad General

FIN IMPRESION DE PAGINA

ATENCIÓN DE CONSULTA MEDICA DE ACTIVIDAD GRUPAL

PROGRAMA ACTIVIDAD GRUPAL
 Profesional: MONICA OLAYA DUEÑAS Registro: 6389 Fecha: 23/09/2018 09:57 Sede: UT A9-50M-2AR2AL
 Especialidad: PROMOCION Y PREVENCIÓN

Programa de Hipertension
Hipertensión
 Clasificación del Riesgo: **BAJO MODERADO** Dx: **NUEVO 2009-07-24**

Convivencia del Paciente
 Vive solo: SI Nombre del acompañante:
 Parentesco: Telefono: Celular:

DIAGNOSTICO
 * Dx Ppal: **H0X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**
 Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**
 Finalidad Consulta: **Detección de alteraciones del adulto**
 Causa Externa: **Enfermedad General**

FIN IMPRESION DE PAGINA

Cantidad: **30**
 Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA NOCHE**
 Enviado por Profesional: DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1102190935 Fecha: 13/07/2019 09:30
 Fecha O: Medicamento: 130802319 **Post Fechado**

Medicamento: **PRAZOSINA 1 mg (TABLETA) TABLETA**
 Cantidad: **30**
 Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA NOCHE**
 Enviado por Profesional: DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1102190935 Fecha: 13/07/2019 09:30
 Fecha O: Medicamento: 130802319 **Post Fechado**

RESUMEN Y COMENTARIOS
 Observaciones: PACIENTE DE 56 AÑO CON ATENCION DE 1) HIPERTENSION ARTERIAL 2) TFG ESTIMADA Y CONSERVADA. PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. NO MUESTRA SIGNOS DE SIRS O DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA. PACIENTE CON CUARO CLINICO DE TOS SECA DE APROX 2 SEMANAS DE EVOLUCION SE DA ORDEN DE RETOTIFENO 1 TB CADA 12 HORAS. SE DA EGRESO AL PACIENTE DE LA CONSULTA MEDICA DE CONTROL CON CLARAS Y MULTIPLES RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS AMBULATORIAMENTE Y LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PERIODICOS DE SU ENFERMEDAD DE BASE. IMPORTANCIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. CUIDADOS EN CASA Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTA INMEDIATA. SE DECIDE CONTINUAR MANEJO MEDICO PREVIAMENTE INSTAURADO. CONTROL EN 3 MESES. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Enviado por Profesional: DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOPEZ Registro: 1102190935 Fecha: 13/07/2019 09:30

FIN IMPRESION DE PAGINA

De esta forma, resulta claro que las afirmaciones contenidas en la declaración de asegurabilidad son contrarias a la realidad del estado de salud del señor Gersain Rodríguez (q.e.p.d.), al momento de suscribirlo, configurándose así una reticencia en la declaración del estado del riesgo.

Adicionalmente, se debe recalcar que la sanción de nulidad permanece incólume independientemente de que se demuestre la mala fe en el obrar del asegurado, pues está demostrado que BOLÍVAR, de haber conocido el real estado de salud del señor Gersain Rodríguez (q.e.p.d.), se hubiera abstenido de celebrar el contrato de seguro, por lo que la sanción, de todas formas, consistirá en que el referido contrato no surte efectos, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

4.2. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES QUE RIGEN EL CONTRATO DE SEGURO

El Condicionado General que rige el Contrato de Seguro define los términos relacionados con la póliza mencionada, así:

“12. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

*Por tratarse de un contrato que se basa en la Buena Fe de las partes, EL TOMADOR y EL ASEGURADO están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por LA ASEGURADORA. **La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA ASEGURADORA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.***

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si EL TOMADOR o EL ASEGURADO han encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR o EL ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero la ASEGURADORA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio sobre error en la edad.

De conformidad con el artículo 1158 del Código de Comercio, aunque LA ASEGURADORA prescinda de examen médico, EL ASEGURADO no puede considerarse exento de la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, ni de las sanciones que se generan por la reticencia o inexactitud en la que incurra.

Las sanciones previstas no se aplicarán si LA ASEGURADORA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

PARÁGRAFO: De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1059 de Código de Comercio, LA ASEGURADORA tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que se rescinda el contrato cuando el TOMADOR o el ASEGURADO hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad”. (Negrilla y subrayado fuera de texto)

En el caso particular, y tal como se ha venido exponiendo a lo largo de este escrito, el asegurado dentro de la póliza 2570300294603, señor Gersain Rodríguez Posada (Q.E.P.D.), no declaró de forma exacta su condición de salud al momento de suscribir el contrato de seguro.

Lo anterior tiene sustento en el concepto médico emitido por la doctora Diana Gómez de la Gerencia Médica de esta aseguradora y basado en los documentos aportados a la compañía por la parte Demandante, así como en la historia clínica.

Es así como, de acuerdo con los hechos y pruebas presentadas con la demanda, observamos que no se acredita el cumplimiento de los requisitos establecidos en el contrato de seguro mencionado.

En relación con el amparo de incapacidad total y permanente es importante resaltar que, según la Corte Constitucional “*La determinación del alcance del seguro está dada por las cláusulas que fueron pactadas en la póliza y los documentos que la integran, como quiera que estos definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados, sin que sea válido interpretar más allá de lo que su contenido prevé*”.

Por las razones expuestas, de manera respetuosa manifiesto que no se observa la existencia de los presupuestos necesarios para que se declare la ocurrencia de un siniestro, y por esa razón, no es posible realizar emolumento alguno con cargo al contrato de seguro mencionado.

4.3. LÍMITE DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR

Para que nazca para el Asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios que se derivan del incumplimiento total o parcial de un contrato de seguro debe existir un siniestro o realización del riesgo asegurado².

Una vez sea verificada la existencia del siniestro, y para efectos de determinar la responsabilidad del asegurador, éste no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada³.

Si hipotéticamente se considerara que existe algún grado de responsabilidad de BOLÍVAR por el pago de algún siniestro, esta sería únicamente equivalente al valor asegurado dentro de la póliza 2570300294601, en donde se señaló un valor asegurado de cincuenta y cuatro millones de pesos (\$54.000.000).

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que en la carátula del seguro se señalaron los siguientes beneficiarios:

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

Por consiguiente, el valor de una hipotética indemnización no podrá superar la porción que expresamente se le asignó a cada uno de los demandantes.

Teniendo en cuenta lo anterior, resalto de manera respetuosa que en el hipotético e improbable caso de una condena debe tenerse en cuenta la naturaleza jurídica del Contrato de Seguro mencionado y que el mismo está concebido legalmente para asegurar el pago de la suma correspondiente al valor probado, y hasta el límite del valor asegurado.

4.4. DELIMITACIÓN DE LOS RIESGOS AMPARADOS POR EL SEGURO DE VIDA GRUPO, EXTENSIÓN DE LA COBERTURA Y EXCLUSIONES ESPECIFICAS DE COBERTURA

En el caso particular y de acuerdo con los hechos presentados en la demanda, se pretende afectar el amparo de muerte, esto quiere decir que la cobertura se circunscribe únicamente al riesgo relacionado, de acuerdo con las condiciones del seguro que hacen parte integral del contrato aseguraticio.

Frente al amparo que eventualmente se podría afectar, se resalta que la carátula de la póliza y el Condicionado General que rige el contrato de seguro establece sus límites, condiciones, exclusiones y, en general, los términos en que fue otorgado.

Por las razones expuestas, de manera respetuosa reitero que, en el hipotético e improbable caso de una condena, debe tenerse en cuenta cuáles son los amparos, las extensiones y las exclusiones a la cobertura establecidos en el contrato de seguro expedido por BOLÍVAR.

² Código de Comercio, art. 1072 - “Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

³ Código de Comercio, art. 1079 - “El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...)”

4.5. INEXISTENCIA DE UN SUPUESTO DEBER DE PRACTICAR EXÁMENES MÉDICOS EXHAUSTIVOS PREVIO A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Los demandantes señalan incorrectamente que la aseguradora estaba en deber de conocer por sus propios medios el estado actual del riesgo al momento de suscribir el contrato de seguro. No obstante, esto contradice lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y, particularmente, la interpretación del mismo artículo elaborada por la Corte Constitucional en la sentencia C-232/1997, que se pronunció sobre la constitucionalidad del referido artículo así:

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador”. (Subrayo).

De igual manera, el artículo 1158 del Código de Comercio señala:

“Art. 1158. Seguro sin examen médico. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

Por consiguiente, BOLÍVAR actuó con toda la diligencia predicable de cualquier aseguradora puesta en idénticas circunstancias y la supuesta falta de verificación del estado del riesgo en ninguna medida faculta al asegurado para dar una declaración contraria a la verdad y que constituya una violación del deber de actuar con ubérrima buena fe. En sustento de lo anterior, así se ha pronunciado la más autorizada doctrina en la materia:

“(…) las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe, no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente”. (Hernán Fabio López Blanco, Comentarios al Contrato de Seguro, 2a. edición, Dupré, Bogotá, 1993, pág. 118).

4.6. LAS QUE RESULTEN PROBADAS EN EL PROCESO (GENÉRICA, ECUMÉNICA O INNOMINADA)

De conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso⁴, comedidamente se solicita que en caso de que el Despacho halle probados hechos que constituyan alguna excepción, la reconozca oficiosamente.

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO Y RAZONES DE LA DEFENSA

El contrato de seguro, como toda relación contractual, se fundamenta sobre la confianza existente entre las partes, la cual se haya soportada bajo la buena fe contractual. Esto implica una actuación por parte de los particulares ceñida a lo que se expresa en los contratos y a todas las circunstancias que emanan de la naturaleza de sus obligaciones contractuales o las legales.⁵

⁴ **ARTÍCULO 282. RESOLUCIÓN SOBRE EXCEPCIONES.** En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda. (...)”

⁵ Véanse el ARTÍCULO 83 de la Carta Política y los artículos 768 y 1603 del Código Civil Colombiano.

Por lo tanto, las actuaciones de los particulares, incluyendo aquellas derivadas de la celebración de un contrato de seguros, deben reflejar un estricto seguimiento de la verdad, atender a las obligaciones relativas del contrato, la ley y además estar libres de todo acto fraudulento.

PRINCIPIO DE LA BUENA FE

Se define jurisprudencialmente la buena fe como:

“La ausencia de obras fraudulentas, de engaño, reserva mental, astucia o viveza (...). Así pues, la buena fe equivale a obrar con lealtad, con rectitud, con honestidad (...). En general obra de mala fe quien pretende obtener ventajas o beneficios sin una dosis suficiente de probidad o pulcritud(...)”⁶

En este mismo sentido, los artículos 863 y 871 del Código de Comercio y 1603 del Código Civil, en relación con el postulado de la buena fe indican: *“Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el periodo precontractual (...)”, “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe (...)”* y *“Los contratos deben ejecutarse de buena fe (...)”*.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

La finalidad de la declaración de asegurabilidad es la de obtener del solicitante información precisa del estado del riesgo, y así la Aseguradora decidir cómo tomará el riesgo, establecer adecuadamente el valor de la prima, limitar o excluir coberturas o rechazar la solicitud y no celebrar el contrato de seguro cuando el riesgo no es asegurable.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro ...” (Negrillas fuera del texto).

El artículo 1158 del Código de Comercio establece:

“Art. 1158.- Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar”. (Negrillas fuera de texto).

Al respecto, la Honorable Corte Constitucional, en sentencia número 232 del 15 de mayo de 1997, refiriéndose a este tema afirmó:

“La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse (...)”.

La Honorable Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 1 de septiembre de 2010, MP. Edgardo Villamil Portilla, indicó:

“El artículo 1058 de Código de Comercio en su parte pertinente, dispone que “el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”, dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Gaceta LXXXVIII. Pág. 222 a 243.

(...)

Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumenta en grado superlativo, pues como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren requiere el máximo de transparencia posible, **“de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal [o antecedentes penales, se agrega] viene a estar asociada a la intimidad del asegurado”**⁷

(...)

Entonces -y aquí se encuentra la rectificación doctrinaria al Tribunal- **en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas**, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro.” (Negrillas y subrayado fuera del texto).

Vale la pena anotar que el tratadista J. Efrén Ossa en su libro “Teoría General del Seguro” afirma:

“La inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes ‘producen la nulidad relativa del seguro’. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. Se trata, como hemos visto, de un régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato **que tiene como soporte la buena fe en su más depurada expresión** y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato de uberrimae fidei”. (Negrillas y subrayado fuera de texto).

En reciente jurisprudencia (año 2016), la Honorable Corte Suprema de Justicia refiriéndose al artículo 1058 del Código de Comercio, indicó lo siguiente:

“Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiera en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, **la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.**⁸ (Subrayado y negrillas fuera de texto)

⁷ Sentencia. Sala de Casación Civil. 19 de diciembre de 2005, Expediente. No. 566501

⁸ Sentencia. Sala de Casación Civil. 4 de marzo de 2016, Expediente. No. SC2803-2016 Radicación 05001-31-03-003-2008-00034- 01.

CARGA DE LA PRUEBA

El artículo 167 de Código General del Proceso establece:

“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.

Para que nazca para el Asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios que se derivan del incumplimiento total o parcial de un contrato de seguro debe existir un siniestro o realización del riesgo asegurado.

Una vez sea verificada la existencia del siniestro, y para efectos de determinar la responsabilidad del asegurador, el artículo 1079 del Código de Comercio establece:

“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...)”.

Respecto al monto de la indemnización en el seguro, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha dicho:

*“El contrato de seguro de daños, según desde el ángulo que se le mire, es meramente indemnizatorio de todo o parte del perjuicio sufrido por el asegurado, o puede entrañar ganancia, pero solo para el asegurador. Tal la razón para que el tomador, **en caso de presentarse el riesgo, no pueda reclamar del asegurador suma mayor que la asegurada, así el daño haya sido superior, ni cifra que exceda del monto del daño, aunque el valor asegurado fuera mayor.** El asegurado logra así, a través del contrato de seguro, la posibilidad de obtener la reparación del detrimento que sufra en su patrimonio a causa del acaecimiento del siniestro; su aspiración no puede ir más allá del alcanzar una compensación del empobrecimiento que le cause la ocurrencia del insuceso asegurado; el contrato le sirve para obtener una reparación, más no para conseguir un lucro.”* (Negrillas fuera de texto).

VI. PRUEBAS

6.1. DOCUMENTALES

- Poder Especial para representar a BOLÍVAR.
- Certificado de existencia y representación legal de esta compañía, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Certificado de existencia y representación legal de esta compañía, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
- Declaración de asegurabilidad física y electrónica No. 29739634076 del 13 de octubre de 2019.
- Reclamación presentada por los demandantes.
- Historia Clínica del señor Gersaín Rodríguez Posada.
- Comunicado OIV-39257-1 del 3 de febrero de 2022 expedido por BOLÍVAR.
- Comunicado OIV-39257-1 del 4 de febrero de 2022 expedido por BOLÍVAR.
- Respuesta a reconsideración DNI-OIV-42977-1 del 23 de marzo de 2022 expedido por BOLÍVAR.
- Comunicado OIV-39257-1 del 26 de abril de 2022 expedido por BOLÍVAR
- Concepto médico del 29 de octubre de 2021 emitido por la Dra. Diana Gómez de la Gerencia médica de BOLÍVAR.
- Carátula de la Póliza 2570300294601 y sus sucesivos certificados de renovación, que además contiene el clausulado aplicable, en un total de ocho (8) certificados.

6.2. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito al Despacho se llame a los demandantes dentro del proceso de la referencia, para que absuelvan interrogatorio de parte que verbalmente o por escrito le formularé en relación con los hechos planteados en la demanda y las excepciones propuestas.

6.3. TESTIMONIAL

Solicito respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir el testimonio de la doctora Diana Gómez, ciudadana mayor de edad, médica experta en medicina del seguro de personas, para que declare sobre el concepto médico realizado respecto del asegurado, Gersaín Rodríguez Posada (q.e.p.d.), explicando los argumentos por los cuales se indicó que las patologías con las que contaba desde antes del ingreso a la póliza se relacionan directamente con la causa de su deceso. La doctora Gómez tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá y recibirá notificaciones judiciales en la Av. el Dorado número 68 B 31 de la ciudad de Bogotá o a través de este apoderado.

6.4. TESTIMONIO

Le solicito al despacho participación en los interrogatorios a todos los testimonios que se decreten, con el fin de formular preguntas, así como de contrainterrogar.

VII. NOTIFICACIONES

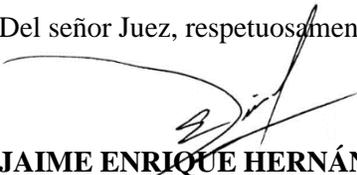
Los demandantes y su apoderado judicial reciben notificaciones en calle 59 norte # 3 C – 58 casa 22 paseo de los ahúses, barrio la flora de la ciudad de Cali, y en las direcciones electrónicas:

jose.rodriguez3981@correo.policia.gov.co, asesorjuridico18@gep.com.co y/o
jorgealberto.munozalfonso@hotmail.com, los cuales fueron indicados en la demanda.

Con fundamento en el artículo 96 del Código General del Proceso, procederé a indicar bajo la gravedad de juramento el lugar donde la Compañía demandada, y su apoderado, recibirán notificaciones.

- COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. recibe notificaciones en la Av. El Dorado 68 B 31 de la ciudad de Bogotá D.C. correo electrónico: notificaciones@segurosbolivar.com
- El suscrito, en mi condición de apoderado de la compañía de seguros mencionada, recibo notificaciones en la Calle 127 Bis número 88 - 10 Interior 1, Oficina 501, Bogotá D.C., Celular: 317 432 0175 - Correo Electrónico: hernandezchavarroasociados@gmail.com

Del señor Juez, respetuosamente,



JAIME ENRIQUE HERNÁNDEZ PÉREZ

C.C. 79.938.138 de Bogotá

T.P. 180.264 del Consejo Superior de la Judicatura



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

NÚMERO DE PÓLIZA: 2570300294601

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL HOGAR VIDA GRUPO PYMES

Tomador Asegurado Fecha de diligenciamiento D 13 M 10 A 19.

Yo, Gersain Rodriguez P., identificado(a) con CC No. 6559.901 de Zarza, ante COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. Y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPAÑIAS", y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑIAS, manifiesto que:

Acepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPAÑIAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentra pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto a asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPAÑIAS.

Certifico que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente y la consignada en la declaración de asegurabilidad electrónica # 29131634036 que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco fe que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión o falsedad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPAÑIAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizarme los exámenes médicos que considere pertinentes, así como para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:

- A) La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley.
- B) Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de Administrativo
- C) He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte.
- D) Entiendo que LAS COMPAÑIAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPAÑIAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, autos y hogar)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S. A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros Tarjeta de crédito número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Capitalizadora Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiendo que esto de ninguna manera me exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 13 de Octubre del año 2019.

Gersain Rodriguez P.
Nombre del cliente

6559.901
C.C./NIT

Gersain Rodriguez P.
Firma del cliente



AUTORIZACIONES PARA CONSULTA CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

(1). AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008): A). Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines: 1.1. Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 1.3. Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. B). Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

(2). AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 2.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 2.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscrito(s). 2.3. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 2.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 2.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 2.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades, así como enriquecer mi experiencia como cliente. 2.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia.

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Le recordamos que las finalidades del Núm. 2.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.

(3). GRUPO BOLÍVAR: Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

(4). DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente frente a cada numeral firmo las presentes AUTORIZACIONES el día 13 de Octubre del año 2019.

Gersaín Rodríguez P.
Nombre del cliente

6.559.901
C.C./ NIT

Gersaín Rodríguez
Firma del cliente

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista

Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula
<u>Milse Aвила R</u>	<u>178799</u>	<u>1144169718</u>
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad
		Localidad/Oficina

Verificación de la Información

Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SI NO

Observaciones:

Concepto general del cliente:

Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula
Cargo	Localidad	

Firma del responsable de la entrevista



Pag. 7

799.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Título No.		Número de póliza		Intermediario		Ciudad	Fecha
		2570300294601		78794		La Victoria	13/10/19
Valor a descontar en letras		Localidad de radicación		Valor a descontar		Compañía Bolívar	
Cuarenta y ocho mil sesenta Pesos.		2570		\$ 48.060.		NIT	
<input type="radio"/> PRIMA RIESGO <input type="radio"/> CUOTA DE AHORRO Esta opción sólo para vida individual, cuentas de ahorro y corriente.		<input type="radio"/> CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. 860.006.359-6 <input checked="" type="radio"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. 860.002.503-2 <input type="radio"/> SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. 860.002.180-7					

Datos de la Cuenta

Código entidad financiera	Nombre entidad financiera	Ciudad
	Secretaría de educación	La Victoria
No. de la cuenta o tarjeta de crédito a debitar	NIT de la empresa	Código de libranza
Canal de descuento	Fecha de vencimiento de la Tarjeta de crédito	
01 <input type="radio"/> TARJETA DE CRÉDITO 03 <input type="radio"/> CUENTA AHORROS 02 <input type="radio"/> CUENTA CORRIENTE 04 <input checked="" type="radio"/> LIBRANZA	Diferido número de cuotas para tarjeta de crédito: Póliza mensual: 1 mes • Póliza anual: máximo 12 meses Póliza semestral: máximo 6 meses	[] AA

Datos del Cuentahabiente, Tarjetahabiente o Empleado - Libranza

NOTA: El cuentahabiente, tarjetahabiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA SI ES COMPARTIDA RELACIONAR TITULAR		<input type="radio"/> CÉDULA <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO	DIRECCIÓN
1 Gersain Rodríguez		<input type="radio"/> ESPECIFICAR: 6.559.901	Calle 7 # 15-68.
CIUDAD		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
1 Zarzal		3113336098	gersainrodriguez@hotmail.com

SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTA EL VALOR DE LA PRIMA EN LA RENOVACIÓN O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.

Firma del (los) titular(es) de la cuenta, tarjeta de crédito o del empleado.

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO

PRIMERA FIRMA	SEGUNDA FIRMA
<i>Gersain Rodríguez</i>	
C.C. 6.559.901	C.C.



RESALTE EN ALTO RELIEVE

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

ORIGINAL ARCHIVO OFF

Forma B-335 (Redis. mayo/13)

Condiciones Generales del Débito Automático o Libranza

Autorizo a la entidad financiera en la cual tengo mi cuenta de ahorros, corriente ó tarjeta de crédito para debitar el valor señalado de la prima de seguro ó cuota de capitalización durante la vigencia del correspondiente contrato, de acuerdo con el tipo de descuento indicado en la presente autorización de descuento, a favor de Seguros Bolívar, Seguros Comerciales Bolívar ó Capitalizadora Bolívar.

En caso de querer suspender la renovación de mi seguro, me comprometo a informar por escrito a la Compañía Aseguradora correspondiente, con dos (2) meses de anticipación, a la nueva vigencia para que esta no se renueve automáticamente y así mismo se suspenda también el cargo que se realiza en mi tarjeta de crédito, cuenta corriente, cuenta de ahorros ó libranza por este concepto.

De igual manera, si de acuerdo a las condiciones generales de la póliza se incrementa el valor de la prima durante la vigencia ó en la renovación, ya sea por inclusiones, coberturas ó renovación automática, autorizo a la Compañía Aseguradora a descontar la suma correspondiente de mi tarjeta de crédito, cuenta corriente, cuenta de ahorros ó libranza.

Cuando el descuento se realice de mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera suministre en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento a la Compañía Aseguradora correspondiente, entendiendo que esto de ninguna manera me exime de informar oportunamente a la Compañía de dichos cambios.

Como cliente me comprometo a dejar disponible el cupo suficiente en mi tarjeta de crédito, cuenta corriente ó cuenta de ahorros en forma permanente para el pago de la prima de mi seguro ó cuota de capitalización.

Declaro entender que el extracto de mi tarjeta de crédito, cuenta corriente ó cuenta de ahorros según corresponda, constituye la prueba de los descuentos pactados con la Compañía Aseguradora para el pago de las obligaciones a mi cargo, en consecuencia, es mi obligación verificar que los mismos se estén efectuando en la forma acordada, y reportar a la Compañía Aseguradora de manera inmediata cualquier anomalía al respecto; de no hacerlo, declaro que la Compañía Aseguradora no es responsable de los pagos derivados de sucesos ocurridos durante las vigencias no cobradas.

La Compañía Aseguradora podrá realizar más de un intento de cobro con el fin de obtener el recaudo del valor pactado en la presente autorización de descuento para el pago de mi seguro ó cuota de Capitalización; así mismo para el pago de los Seguros la Compañía podrá acumular mas de una cuota para el recaudo de la misma.

En tanto esta autorización de descuento no sea revocada por escrito, se mantendrá vigente mientras dure la vigencia de mi Seguro.

Todo descuento esta sujeto a las disposiciones y/o condiciones propias de cada entidad financiera, como cupos asignados en las tarjetas de crédito, saldos mínimos en las cuentas de ahorro ó cuentas corrientes, limites de movimientos diarios o movimientos generales.

Cuando la causa de rechazo reportada por la entidad financiera es definitiva (cuenta no existe, cuenta cancelada entre otras), se suspenden los intentos de cobro y se bloquea el convenio hasta que el cliente solicite la actualización de la información de los datos del convenio; de igual manera la Compañía podrá contactar al cliente para actualizar la información.



Número de declaración electrónica : 29739634076

Fecha : 13 de Octubre de 2019

Número Documento : CC-6559901

Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA

Edad: 58 Años

Producto: 799 - Educadores Plus

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales? | <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 2. | ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 3. | ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |

INFORMACION MEDICA

- | | | |
|-----|---|--|
| 1. | ¿Cuál es su peso (Kilogramos)? | 75 |
| ● | ¿Cuál es su estatura (Centímetros)? | 175 |
| 2. | ¿Hipertensión arterial? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 3. | ¿Colesterol o triglicéridos elevados? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 4. | ¿Diabetes? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 5. | ¿Enfermedad coronaria y/o infarto? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 6. | ¿Insuficiencia renal? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 7. | ¿Cáncer o tumores? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 8. | ¿Derrame o trombosis cerebral? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 9. | ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 10. | ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 11. | ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 12. | ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |





Número de declaración electrónica : 29739634076

Fecha : 13 de Octubre de 2019

Número Documento : CC-6559901

Nombre : GERSAIN RODRIGUEZ POSADA

Edad: 58 Años

Producto: 799 - Educadores Plus

13. ¿Tiene programada alguna cirugía?

Si No

14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?

Si No

15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?

Si No

NOTA: La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes sería causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber sido informado sobre las condiciones generales del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com





HISTORIA CLINICA

CLINICA SAN FRANCISCO S.A. - NIT 800191916-1		DIRECCIÓN: CALLE 26 No.34-60	TELEFONO: 2359497
PACIENTE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA		IDENTIFICACION: CC 6559901	HC: 6559901 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 16/9/1961	EDAD: 60 Años	SEXO: M	TIPO AFILIADO: Cotizante
RESIDENCIA: CALLE 18 # 10C - 32		VALLE DEL CAUCA-ZARZAL	TELEFONO: 3217225487
ESTADO CIVIL:		OCUPACIÓN:	
NOMBRE ACOMPAÑANTE: NASLY RODRIGUEZ PATIÑO		PARENTESCO: Hijo(a)	TELEFONO: 3217225487
FECHA INGRESO: 6/1/2022 19:50:15	FECHA TRASLADO DOMICILIARIA: NO APLICA	FECHA DE CIERRE: 9/1/2022 - 10:54:00	CAMA: UCI10
DEPARTAMENTO: 010405 - UCI ADULTOS		SERVICIO: UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	CENTRO DE REMISION:
CLIENTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.		PLAN: NUEVA EPS HOSP_2012	

PACIENTE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA **IDENTIFICACION:** CC 6559901 **HC:** 6559901 - CC
CLIENTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. **PLAN:** NUEVA EPS HOSP_2012

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	
2022-01-06	<p>20:26 alos02 - ALEJANDRO OSORIO MENDEZ</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA: INGRESA REMITIDO COMO URGENCIA VITAL DE LA CIUDAD DE ZARZAL</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL: PACEINTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CAUDRO CLINICÓN DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPSDIS EMTICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIME}NTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICON Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA, EL DIAD EAYER CON EMESIS COLOR CAFE , ADEMS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO INTENSO, TOMA PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSO CON ENUTROFILUIA, HB 16.6 PCR 171AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 VALORADO POR CX GENERAL QUIEN CONSDIERA CUADRO DE OSBTRUCCION ITNESTINAL ECERATININA 1.89 BUN 36.9 TFGE 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,A CPENTE SE TORA TAQUICARDICO TAQIPNEICO, CON SIGNOS DE SIS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR SONTA NASOGASTRICA. ADEMS TUVO ALZ TERMICA DURANTE LA TARDE</p>	
TAMIZAJE NUTRICIONAL	<p>Usuario registro: alos02 - ALEJANDRO OSORIO MENDEZ</p> <p>¿El paciente ha perdido peso en los últimos tres meses?: NO</p> <p>¿El paciente ha reducido su ingesta en la dieta en la última semana?: NO</p> <p>¿El paciente tiene compromiso sistémico?: NO</p>	<p>Fecha registro: 2022-01-06 20:26</p> <p>TALLA cms: 170</p> <p>PESO kg: 108.00</p> <p>I.M.C.: 37.37</p>

Imprimió: CRISTIAN ANDRES TRIVIÑO SEPULVEDA

Fecha Impresión : 2022/1/14 - 17:57:00

APOYOS DIAGNÓSTICOS SOLICITADOS					
FECHA SOLICITUD	POS/NO POS	TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	ORDENADO POR
2022-01-06 20:31	POS	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
			Hallazgos Clínicos	RX DE TOPRAX PACEITNE CON OSBTRUCCION ITNESTINAL	
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ

2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903856	NITROGENO UREICO [BUN *	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903859	POTASIO	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903864	SODIO	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903833	FOSFATASA ALCALINA	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:31	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:32	POS	LABORATORIOS	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:34	POS	LABORATORIOS	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO *	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:34	POS	LABORATORIOS	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO *	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:34	POS	LABORATORIOS	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO *	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:34	POS	LABORATORIOS	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO *	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:50	POS	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
			Hallazgos Clínicos	RX EN BIPEDESTACION Y SERIA DE ABDOMEN AGUDO SOSPECHA DE OBSTRUCCION INTESTINAL	
2022-01-06 21:20	POS	LABORATORIOS	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 21:20	POS	LABORATORIOS	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-07 03:49	POS	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	879420	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
			Hallazgos Clínicos	paciente con obstrucción intestinal vs íleo biliar, requiere TAC ABDOMINAL CONTRASTADO	
2022-01-07 11:23	POS	IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA
			Hallazgos Clínicos	OBSTRUCCION INTETSINAL?	
2022-01-07 13:54	POS	IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	DIEGO ANDRES PEREZ MARMOLEJO
			Hallazgos Clínicos	SOSPECHA OBSTRUCCION INTETSINAL	
2022-01-07 14:00	POS	BANCO DE SANGRE	911022	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR EN TUBO	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA

			Hallazgos Clínicos	paciente con sospecha de obstrucción intestinal vs ileo biliar que requiere cirugía urgente con alto riesgo de sangrado por lo que se reservan 2 ui gr	
2022-01-07 14:00	POS	BANCO DE SANGRE	911022	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR EN TUBO	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA
			Hallazgos Clínicos	paciente con sospecha de obstrucción intestinal vs ileo biliar que requiere cirugía urgente con alto riesgo de sangrado por lo que se reservan 2 ui gr	
2022-01-07 14:00	POS	BANCO DE SANGRE	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETECCIÓN [RASTREO O RAI] EN TUBO	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA
			Hallazgos Clínicos	paciente con sospecha de obstrucción intestinal vs ileo biliar que requiere cirugía urgente con alto riesgo de sangrado por lo que se reservan 2 ui gr	
2022-01-07 14:00	POS	BANCO DE SANGRE	911018	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN PLACA	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA
			Hallazgos Clínicos	paciente con sospecha de obstrucción intestinal vs ileo biliar que requiere cirugía urgente con alto riesgo de sangrado por lo que se reservan 2 ui gr	
2022-01-07 14:00	POS	BANCO DE SANGRE	911020	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA
			Hallazgos Clínicos	paciente con sospecha de obstrucción intestinal vs ileo biliar que requiere cirugía urgente con alto riesgo de sangrado por lo que se reservan 2 ui gr	
2022-01-07 20:33	POS	LABORATORIOS	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ
2022-01-07 21:47	POS	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	212701	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN HABITACION UCI R.N. O QUIROFANOS), AL VALOR DEL ESTUDIO AGREGAR	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
			Hallazgos Clínicos	PARA TOMAR EN UCI	
2022-01-07 21:47	POS	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
			Hallazgos Clínicos	CONTROL EN UCI POST PASO CVC	
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903813	CLORO [CLORURO]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903856	NITROGENO UREICO [BUN *]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903859	POTASIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA

2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903864	SODIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:47	POS	LABORATORIOS	903854	MAGNESIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:48	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:48	POS	LABORATORIOS	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-07 21:48	POS	PATOLOGIAS	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO: UTERO, APENDICE,VESICULA,EPIPLON,PERITONEO(INCLUYE HERNIAS),POLIPOS ENDOCERVICALES, GLANDULAS SALIVALES, TROMPA UTERINA, TESTICULO, AMIGDALA(C/U) PIEL (RESECCION DE TUMORES)PULMON,PROSTATA(PROSTATECTOMIA)VEJIGA,POLIPOS EN GENERAL,HUESO,OTROS ORGANOS OBTENIDOS EN FORMA INCIDENTAL EN CIRUGIA, RESECCION DE LIPOMAS, TUMOS DE GLANDULAS, MASA EN SENOS PARANASALES, MAMOPLASTIA REDUCTORA,GINECOMASTIA,OVARIO,RESECCION DE TEJIDOS BLANDOS SENCILLOS.	ADOLFO LEON ROLDAN CHICA
			Hallazgos Clínicos	APENDICE CECAL	
2022-01-07 21:49	POS	LABORATORIOS	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 00:40	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	DANIELA VARGAS MOSQUERA
2022-01-08 00:41	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	DANIELA VARGAS MOSQUERA
2022-01-08 01:52	POS	LABORATORIOS	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 05:06	POS	PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA

2022-01-08 05:11	POS	LABORATORIOS	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 08:16	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	ELSA JULIANA ESTRADA HERNANDEZ
2022-01-08 08:20	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	ELSA JULIANA ESTRADA HERNANDEZ
2022-01-08 10:57	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 10:57	POS	PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 10:58	POS	LABORATORIOS	903859	POTASIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 10:58	POS	LABORATORIOS	903864	SODIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 10:58	POS	LABORATORIOS	903813	CLORO [CLORURO]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 11:00	POS	IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 12:33	POS	LABORATORIOS	903839	GASES ARTERIALES	ELSA JULIANA ESTRADA HERNANDEZ
2022-01-08 15:57	POS	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	212701	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN HABITACION UCI R.N. O QUIROFANOS), AL VALOR DEL ESTUDIO AGREGAR	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
			Hallazgos Clínicos	Congestión, Hipoventilación, Marcas intersticiales, Prominencia hilar. Consolidaciones multilobares bilaterales. Opacidades intersticiales bilaterales.	
2022-01-08 15:57	POS	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
			Hallazgos Clínicos	Congestión, Hipoventilación, Marcas intersticiales, Prominencia hilar. Consolidaciones multilobares bilaterales. Opacidades intersticiales bilaterales.	
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA

2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903813	CLORO [CLORURO]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903856	NITROGENO UREICO [BUN *	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903859	POTASIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903864	SODIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:57	POS	LABORATORIOS	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:58	POS	LABORATORIOS	903854	MAGNESIO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 15:58	POS	LABORATORIOS	906914	PROTEINA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA

INTERCONSULTAS SOLICITADAS		
FECHA SOLICITUD	ESPECIALIDAD	ORDENADO POR
	011 - CIRUGIA GENERAL	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 23:34	SITUACIÓN	PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIOS EMETICOS INTERMITENTE DE CONTENIDO ALIMENTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICION Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA, EL DIA DE AYER CON EMESIS COLOR CAFE, ADAMS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO INTENSO, TOMA PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSO CON ENUTROFILUIA, HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 VALORADO POR CX GENERAL QUIEN CONSIDERA CUADRO DE OBSTRUCCION INTESTINAL ECREATININA 1.89 BUN 36.9 TFG 63 INCIAN TRMITE DE REMISION, ACPENITE SE TORATA QUICARDICO TAQIPNEICO, CON SIGNOS DE SIS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR Sonda NASOGASTRICA. ADAMS TUVO ALZ TERMICA DURANTE LA TARDE, AL EXAMEN FISICO CON HALLAZGOS DESCRITOS AL INGRESO, SE SOLICITAN PARACLINICOS: GASES ARTERIALES TRASTORNMO LEVE DE OXIGENACION PAFI 286HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSO NI NEUTROFILIA HB NORMAL CRATININA 1.17 BUIIN 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES FA NORMAL LDH NORMAL BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A

	NIVEL PROXIMAL, SE COSNDIERA IDX OBSTRUICCUON INTESTINAL- DADO APCEINTE CON TAQUICARDIA, FIEBRE EN SITIO DE REMISION EN HORAS, ADEMAS DE LACTATO ELEVADO, SE INDICA MANEJO CON LEV LACTATO DE RINGES, TOMA DE HEMOCULTIVOS DE INCIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PIPERACILINTA TAZOBACTAM METRONIDAZOL, SE SOLICITA VALORACION POR CX GENERAL	
ESTADO DEL PACIENTE	ESTABLE	
DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
	K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS
ANTECEDENTES	YA DESCRITO	
EVALUACIÓN	YA DESCRITO	

002 - ANESTESIOLOGIA	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA	
SITUACIÓN	idx: 1. sepsis de origen abdominal a. obrtrucion intstinal b. ileo biliar, PACIENTE CON ANTECEEDNTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAL POR CAUDRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 8 DIAS , ASOCIADO A EPISODIOS EMETICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIMENTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN EXPULSAR HECES, NI GASES POR RECTO CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA. HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 CR 1.1 BUN 36.9 TFGE 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,PACIENTE TAQUICARDICO TAQUIPNEICO, CON SIGNOS DE SIRS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR Sonda NASOGASTRICA. CON ALZA TERMICA REFERIDA EN 38.2 POR LA HIJA QUE LO ACOMPAÑA. AHORA HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSS NI NEUTROFILIA, HB NORMAL CRATININA 1.17 NITROGENO UREICO 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES, FOSFATASA ALCALINA NORMAL, LDH NORMAL, LACTATO EN 2.9, BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, PACIENTE QUIEN SE INICIA CON ANTIBIOTICO TERAPIA, E HIDRATACION CON LACTATO DE RINGER, paciente que persiste taquicradico, taquipneico y oligurico a pesar de reanimacion hidrica, antibioticoterapia, lactato 2.9, abdomen distendido por lo que ss LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE MANERA URGENTE	
ESTADO DEL PACIENTE	ESTABLE	
DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
	K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS
ANTECEDENTES	idx: 1. sepsis de origen abdominal a. obrtrucion intstinal b. ileo biliar, PACIENTE CON ANTECEEDNTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAL POR CAUDRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 8 DIAS , ASOCIADO A EPISODIOS EMETICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIMENTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN EXPULSAR HECES, NI GASES POR RECTO CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA. HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 CR 1.1 BUN 36.9 TFGE 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,PACIENTE TAQUICARDICO TAQUIPNEICO, CON SIGNOS DE SIRS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR Sonda NASOGASTRICA. CON ALZA TERMICA REFERIDA EN 38.2 POR LA HIJA QUE LO ACOMPAÑA. AHORA HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSS NI NEUTROFILIA, HB NORMAL CRATININA 1.17 NITROGENO UREICO 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES, FOSFATASA ALCALINA NORMAL, LDH NORMAL, LACTATO EN 2.9, BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, PACIENTE QUIEN SE INICIA CON ANTIBIOTICO TERAPIA, E HIDRATACION CON LACTATO DE RINGER, paciente que persiste taquicradico, taquipneico y oligurico a pesar de reanimacion hidrica, antibioticoterapia, lactato 2.9, abdomen distendido por lo que ss LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE MANERA URGENTE	
EVALUACIÓN	idx: 1. sepsis de origen abdominal a. obrtrucion intstinal b. ileo biliar, PACIENTE CON ANTECEEDNTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAL POR CAUDRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 8 DIAS , ASOCIADO A EPISODIOS EMETICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIMENTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN EXPULSAR HECES, NI GASES POR RECTO CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA. HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 CR 1.1 BUN 36.9 TFGE 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,PACIENTE TAQUICARDICO TAQUIPNEICO, CON SIGNOS DE SIRS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR Sonda NASOGASTRICA. CON ALZA TERMICA REFERIDA EN 38.2 POR LA HIJA QUE LO ACOMPAÑA. AHORA HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSS NI NEUTROFILIA, HB NORMAL CRATININA 1.17 NITROGENO UREICO 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES, FOSFATASA ALCALINA NORMAL, LDH NORMAL, LACTATO EN 2.9, BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE	

2022-01-07
14:10

	DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, PACIENTE QUIEN SE INICIA CON ANTIBIOTICO TERAPIA, E HIDRATACION CON LACTATO DE RINGER, paciente que persiste taquicardico, taquipneico y oligurico a pesar de reanimacion hidrica, antibioticoterapia, lactato 2.9, abdomen distendido por lo que ss LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE MANERA URGENTE	
2022-01-08 01:49	090 - ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADOS A PACIENTES CON HERIDAS Y OSTOMIAS	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
	SITUACIÓN	Escala de Braden - Riesgo Alto: 8
2022-01-08 01:49	079 - FISIOTERAPIA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
	SITUACIÓN	Escala de Braden - Riesgo Alto: 8

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS					
FECHA	TIPO DX		CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	PROFESIONAL
2022-01-08 11:24	PRIMARIO	Impresión Diagnóstica	J969	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 11:24	SECUNDARIO	Impresión Diagnóstica	K564	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 11:24	SECUNDARIO	Impresión Diagnóstica	K572	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO CON PERFORACION Y ABSCESO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 11:24	SECUNDARIO	Impresión Diagnóstica	K650	PERITONITIS AGUDA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 11:24	SECUNDARIO	Impresión Diagnóstica	N19X	INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
2022-01-08 11:24	SECUNDARIO	Impresión Diagnóstica	R572	CHOQUE SÉPTICO	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA
EXAMEN FISICO					

CUADRO DE CONVENCIONES	
SP: SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA (Normal)	CP: CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA (Anormal)

FECHA: 2022-01-06 20:29 PROFESIONAL: ALEJANDRO OSORIO MENDEZ -MEDICINA GENERAL		
SISTEMA	ESTADO	HALLAZGO
Abdomen	CP	PACIENTEREGULARE CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, FEBRIL HDESHIDRATAICON MODERADA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, FACIES TOXICA , ESCLERAS ANICTERICAS, ISOCORIA NORMORREACTIVA, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO, TÓRAX SIMÉTRICO TAQUICARDICOS SIN RUIDOS AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DSITENSUIDO, PERSITALTISMO DISINUIDO, TIMAPNISMO GENRALZIADO NO DOLOR A LA PALPACION SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS PALPABLES, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, PERFUSIÓN DISTA ADECUADA SNC NO DÉFICIT APARENTE.
Tórax y Cardiopulmonar	CP	
Estado General	SP	

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS						
FECHA	TIPO DX		CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OBSERVACIÓN	PROFESIONAL
2022-01-06 20:02	PRIMARIO	Impresión Diagnóstica	A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA		ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:02	SECUNDARIO	Impresión Diagnóstica	E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA		ALEJANDRO OSORIO MENDEZ
2022-01-06 20:02	SECUNDARIO	Confirmado Nuevo	K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS		ALEJANDRO OSORIO MENDEZ

LISTADO DE NOTAS OPERATORIAS

21:42 - adro04 - ADOLFO LEON ROLDAN CHICA

PROCEDIMIENTOS

471102	APENDICECTOMÍA VÍA ABIERTA	TERAPEUTICO
0100033	IMPLANTE DE SISTEMA DE CICATRIZACION ASISTIDA POR VACIO	TERAPEUTICO
541701	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA ABIERTA	TERAPEUTICO
541102	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	TERAPEUTICO
540101	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN VIA ABIERTA	TERAPEUTICO

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN

PROFESIONAL	ADOLFO LEON ROLDAN CHICA	CC 94369028	Cirujano Principal
ANESTESIOLOGO	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	CC 14798513	
AYUDANTE	GIOVANNY FERNANDO BERNAL TINOCO	CC 14796953	
INSTRUMENTADOR	ERIKA RIOS VELEZ	CC 1130665802	
CIRCULANTE	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	CC 1116243453	

CLASIFICACIÓN

QUIRÓFANO	QUIROFANO # 1	FECHA INICIO	2022-01-07
HORA INICIO	07:50	DURACIÓN	60 min
VIA ACCESO	MULTIPLE, MISMA VIA, IGUAL ESPECIALIDAD	ÁMBITO	URGENCIAS
TIPO DE CIRUGÍA	CONTAMINADA	POLITRAUMA	NO

DIAGNÓSTICOS**POSTQUIRÚRGICO**

K352 APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA

**OBSERVACIÓN
DX**

K574 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO

**OBSERVACIÓN
DX**

K658 OTRAS PERITONITIS

**OBSERVACIÓN
DX****COMPLICACIÓN** Ninguno**HALLAZGOS QUIRÚRGICOS**

PLASTRON PELVICO CON TORCION DE ASA DELGASA ILEON DISTAL CAUSANTO OBSTRUCCION INTESTINAL GRAN DISTESION DE ASAS DELGADAS. ABSCESO PELVICO TOMANDO DIVERTICULO RECTAL PERFORADO Y PUNTA DEL APENDICE CECAL. PERITONETIS DE 4 CUADRANTES. POR ANESTESIOLOGIA CATETER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO ANATOMIA USUAL

DESCRIPCIÓN TÉCNICA QUIRÚRGICA

BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS QUIRURGICOS, POR INCISION DE LAPAROTOMA SUPRA INFRAUMBILICAL POR PLANOS HASTA CAVIDAD. SE IDENTIFICAN HALLAZGOS. SE LIBERA PLASTRON, DETORCION DE ASA DELGADA ILEON DISTAL, DRENAJE DE ABSCESO PELVICO DRENAJE RETROGRADO A CAVIDAD GASTRICA Y ASPIRADO POR SONDA NASOGASTYRICO 2000 CC FECALOIDE. SE REALIZA APENDICECTOMIA LIBERACION PINZAMIENTO Y LIGADURA DE MESO Y BASE APEDICULAR EXCERESIS Y ENTREGA PARA PATOLOGIA. ENTERORADIA RAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO CON VICRYL 3/0. LAVADO PERITONEAL POR CUADRANTES 4000 CC SSN TIBIA. ASPIRADO SECADO DE CAVIDAD. VERIFICADA HEMOSTASIA. RECUENTO COMPLETO DE COMPRESAS Y ELEMENTOS POR INSTRUMENTADORA. SE PROCEDE A APLICACIÓN DE SISTEMA DE CICATRIZACION ASISTIDO POR VACIO ABTHERA SE DEJA APOSITO GRANUFOAM LARGE, SE VERIFICA FUNCIONAL A 125 MM HG MODO CONTINUO. PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO NO COMPLICACIONES. TRANSOPERATORIO ADECUADO, TRASLADO A UCI. CON INDICACION DE NUEVO LAVADO PERITONEAL REVISION DE CAVIDAD LUEGO DE 24 A 48 HORAS CUANDIO SU ESTADO HEMODINAMICO LO PERMITA. SE EXPLICA EL CASO HALLAZGOS Y PRONOSTICO A FAMILIAR. TRASLADO A UCI. .

MATERIAL ENVIADO

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO SI No. MUESTRAS 1

ESPECÍMENES, CARACTERÍSTICAS Y MARCAS DE LA MUESTRA No. 1

APENDICE CECAL

LABORATORIO SI No. MUESTRAS 1

ESPECÍMENES, CARACTERÍSTICAS Y MARCAS DE LA MUESTRA No. 1

LIQUIDO PERITONEAL.

2022-01-07

RESULTADOS DE APOYO DIAGNOSTICOS					
CÓDIGO	PRODUCTO			PRINCIPIO ACTIVO	
0107030174 POS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4.5G POLVO ESTERIL (TAPECTAM)			PIPERACILINA+TAZOBACTAM	
FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ			FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 20:36	
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA					
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 1 APM IV CADA 6 HORAS POR 48 HORA, LUEGO AJSUTAR SEGUN FUNCION RENAL					
CANTIDAD 20.00 VIAL					
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ			ACCIÓN	
07/01/2022 22:43	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA			ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN	
CAMBIOS	DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) CADA 6 HORAS				
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	se inicia posterior a toma de hemocultivos
07/01/2022 04:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
07/01/2022 09:59	YENNY ALEXANDRA VIVI LOZANO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
07/01/2022 15:59	YENNY ALEXANDRA VIVI LOZANO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 04:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 10:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 16:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO			PRINCIPIO ACTIVO	
0107010033 POS	METRONIDAZOL AMPOLLA 500MG/100ML			METRONIDAZOL (1) U ORNIDAZOL (2)	
FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ			FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 20:37	
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA					
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) CADA 8 HORAS					
CANTIDAD 20.00 AMPOLLA					
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ			ACCIÓN	
07/01/2022 23:07	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA			SUSPENSIÓN JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN: <input type="text"/>	
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
07/01/2022 05:59	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
07/01/2022 12:00	YENNY ALEXANDRA VIVI LOZANO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO			PRINCIPIO ACTIVO	
0108030039 POS	LACTATO DE RINGER (SOLUCION INYECTABLE HARTMAN) 500 ML) (FRESENIUS KABI COLOMBIA S.A.S.)			LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN)	
FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ			FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 20:37	

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA
 DOSIS 1.00 BOLSA (S) PASAR 1000 CC EN BOLO, CONTINUAR A 200 CC/ HORA
 CANTIDAD 3.00 UNIDAD

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
07/01/2022 03:53	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 BOLSA (S) PASAR 1000 CC EN BOLO, CONTINUAR A 100 CC/ HORA CANTIDAD 6.00 UNIDAD	
07/01/2022 09:43	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 BOLSA (S) PASAR 1000 CC EN BOLO, CONTINUAR A 120 CC/ HORA CANTIDAD 80.00 UNIDAD	
07/01/2022 22:40	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	SUSPENSIÓN JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN: <input type="text"/>
08/01/2022 06:35	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
08/01/2022 06:35	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 BOLSA (S) PASAR 500 CC EN BOLO, CONTINUAR A 120 CC/ HORA	
08/01/2022 10:54	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	SUSPENSIÓN JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN: <input type="text"/> SUSPENDER

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
07/01/2022 04:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
07/01/2022 08:59	YENNY ALEXANDRA VIVI LOZANO	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
07/01/2022 13:00	YENNY ALEXANDRA VIVI LOZANO	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
07/01/2022 17:00	DEIVY ALEJANDRO JARAMILLO VALENCIA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111010068 POS	DIPIRONA SODICA 1 G/2 ML SOLUCION INYECTABLE (PROCAPS S.A)	DIPIRONA
FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ	FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 20:38

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA
 DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) DPSIS UNICA
 CANTIDAD 1.00 AMPOLLA

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
06/01/2022 22:09	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	FINALIZACIÓN
CAMBIOS	OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO Finalizacion del Suministro desde la Estacion de Enfermeria	

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0101020617 POS	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO AMPOLLA 10MG/2ML (PROCAPS)	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)

FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ	FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 20:41			
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) CADA 8 HORAS CANTIDAD 10.00 AMPOLLA					
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN			
06/01/2022 23:33	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ	SUSPENSIÓN JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN: .			
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO			
0101010151 POS	OMEPRAZOL 40 MG POLVO LIOFILIZADO (PROCAPS S.A.)	OMEPRAZOL			
FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ	FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 20:41			
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) CADA 12 HORAS CANTIDAD 10.00 VIAL					
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
07/01/2022 17:40	YENNY ALEXANDRA VIVI LOZANO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 06:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 17:59	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO			
0111020010 POS	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% jalea	LIDOCAINA CLORHIDRATO			
FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ	FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 21:16			
VIA DE ADMINISTRACIÓN: TOPICA DOSIS 1.00 TUBO (S) SONDA VESICAL CANTIDAD 1.00 TUBO					
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN			
06/01/2022 22:09	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	FINALIZACIÓN			
CAMBIOS	OBSERVACIONES E Finalizacion del Suministro desde la Estacion de Enfermeria INDICACIONES DE SUMINISTRO				
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
06/01/2022 22:00	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 TUBO (S)	0 TUBO (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0101020628 POS	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO AMPOLLA 10MG/2ML (VITALIS)	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)

FORMULÓ	ALEJANDRO OSORIO MENDEZ	FECHA FORMULACIÓN: 06/01/2022 23:33			
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR					
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) CADA 8 HORAS					
CANTIDAD 10.00 AMPOLLA					
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
07/01/2022 05:59	ANDRES FELIPE LONDOÑO GONZALEZ	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
07/01/2022 14:00	VALENTINA VARGAS ARANA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 06:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 14:00	MONICA ALEJANDRA GONZALEZ VELANDIA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0103040029 POS	AMLODIPINO TABLETAS POR 10 MG	AMLODIPINO
FORMULÓ	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 09:41
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL		
DOSIS 1.00 TABLETA (S) 10 MG DIA		
CANTIDAD 80.00 TABLETA		
HISTÓRICO FORMULACIÓN		
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN SUSPENSIÓN
08/01/2022 10:53	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN: SUSPENDER

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0108030036 POS	SODIO CLORURO 0.9% X 500 ML (FRESENIUS)	SODIO CLORURO
FORMULÓ	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 11:32
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA		
DOSIS 1.00 UI 280 CC DE SSN + 20 CC DE KTROL PASAR A 30 CC HORA		
CANTIDAD 8.00 UNIDAD		
HISTÓRICO FORMULACIÓN		
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
07/01/2022 11:32	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 BOLSA (S) 280 CC DE SSN + 20 CC DE KTROL PASAR A 30 CC HORA	
07/01/2022 22:42	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 BOLSA (S) PARA LINEA ARTERIAL	
08/01/2022 05:13	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	CANTIDAD 1000.00 UNIDAD	

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
07/01/2022 12:36	VALENTINA VARGAS ARANA	1 UI	0 UI	0	
08/01/2022 01:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 UI	0 UI	0	para la linea
08/01/2022 02:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 UI	0 UI	0	para patasio
08/01/2022 12:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 UI	0 UI	0	para la linea
08/01/2022 13:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 UI	0 UI	0	
08/01/2022 15:59	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 UI	0 UI	0	para la linea
08/01/2022 16:50	GLORIA STELA RUEDA VICTORIA	1 UI	0 UI	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
---------------	-----------------	-------------------------

0102060004 POS	POTASIO CLORURO SOLUCION INYECTABLE 20MEQ/10ML (KATROL CORPAUL)	POTASIO CLORURO
FORMULÓ	JUAN JOSE MARTINEZ PEÑARANDA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 11:33
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA		
DOSIS	1.00 AMPOLLA (S) 280 CC DE SSN + 20 CC DE KTROL PASAR A 30 CC HORA	
CANTIDAD	8.00 AMPOLLA	

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
07/01/2022 22:42	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 5.00 AMPOLLA (S) 425 CC DE SSN + 25 CC DE KTROL PASAR A 3MEC HORA CANTIDAD 10.00 AMPOLLA	
07/01/2022 22:44	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 5.00 AMPOLLA (S) 475 CC DE SSN + 25 CC DE KTROL PASAR A 3MEC HORA	
08/01/2022 11:26	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 5.00 AMPOLLA (S) REGISTRO ENFERMERIA	

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
07/01/2022 12:00	MARÍA CAMILA TRIANA MOYA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	POR RODEN MEDICA SE ADMINISTRAN 20CC DE KATROL 280 ML DE SSN 0.9% A 30 CC/H POR BOMBA DE INFUSION CONTINUA, Y BAJO MONITORIA NO INVASIVA CONTINUA.
07/01/2022 12:00	MARÍA CAMILA TRIANA MOYA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	POR RODEN MEDICA SE ADMINISTRAN 20CC DE KATROL 280 ML DE SSN 0.9% A 30 CC/H POR BOMBA DE INFUSION CONTINUA, Y BAJO MONITORIA NO INVASIVA CONTINUA.

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111020057 POS	FENTANILO SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 0.5MG/10ML (BIOSAN)	FENTANILO CITRATO
FORMULÓ	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 19:45
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA		
DOSIS	150.00 microgramos dosis unica	
CANTIDAD	1.00 AMPOLLA	

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
07/01/2022 21:43	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 100 MCG /HR CANTIDAD 30.00 AMPOLLA	
07/01/2022 22:13	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 150 MCG /HR	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111010041 POS	REMIFENTANILO INYECTABLE 2 mg (ULTIVA)	REMIFENTANIL, CLORHIDRATO DE
FORMULÓ	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 19:46
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA		
DOSIS	100.00 microgramos perfusion continua	
CANTIDAD	1.00 VIAL	

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
07/01/2022 22:42	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	SUSPENSIÓN JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN:

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111060076 POS	DEXMEDETOMIDINA 200 MCG/2 ML (ADS) AMPOLLA I.V.	DEXMEDETOMIDINA
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 21:46
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA		
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 1.0 MCG /K/H		
CANTIDAD 30.00 VIAL		
HISTÓRICO FORMULACIÓN		
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
07/01/2022 22:13	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 1.2 MCG /K/H	
08/01/2022 02:18	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	SUSPENSIÓN JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN:

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111020061 POS	PROPOFOL 10 MG/ML EMULSIÓN INYECTABLE (KABI)	PROPOFOL
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 21:51
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA		
DOSIS 4.00 VIAL 40 MG DOSIS UNICA		
CANTIDAD 4.00 AMPOLLA		
HISTÓRICO FORMULACIÓN		
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
07/01/2022 22:13	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 4.00 VIAL 80 MG DOSIS UNICA CANTIDAD 8.00 AMPOLLA	
08/01/2022 10:54	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	SUSPENSIÓN JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN: SUSPENDER
08/01/2022 11:27	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
08/01/2022 11:27	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) REGISTRO ENFERMERIA CANTIDAD 15.00 AMPOLLA	

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 11:34	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 VIAL	0 VIAL		0 BL EN LA NCHE JF ANDREA

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0102010088 POS	HEPARINA SODICA 25000 UI/5ml SOLUCION INY. I.V S.C VIAL (B/BRAUN)	HEPARINA SODICA
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 22:40
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA		
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) PARA LINEA ARTERIAL		
CANTIDAD 90.00 UNIDAD		

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0108030035 POS	LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) 1000 ML (FRESENIUS)	LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN)
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 22:41

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA					
DOSIS 1.00 BOLSA (S) PASAR A 100 CC HORA					
CANTIDAD 90.00 UNIDAD					
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ			ACCIÓN	
07/01/2022 23:49	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA			ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN	
CAMBIOS		DOSIS 1.00 BOLSA (S) PASAR BOLO DE 100 CC DEJAR A 120 CC HORA			
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 01:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
08/01/2022 04:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
08/01/2022 09:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
08/01/2022 15:59	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
08/01/2022 18:00	GLORIA STELA RUEDA VICTORIA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO			
0102010373 POS	ENOXAPARINA SODICA 40mg/0.4ml SOLUCION INYECTABLE SC (DELTA)	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR			
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 23:08			
VIA DE ADMINISTRACIÓN: SUBCUTANEA					
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) CADA 24 HORAS INICIAR 8/ENERO					
CANTIDAD 30.00 AMPOLLA					
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 11:59	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111050035 POS	MIDAZOLAM AMPOLLA 50MG/50ML (GPC FARMIA)	MIDAZOLAM
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 07/01/2022 23:48

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA					
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) PARA REGISTRO					
CANTIDAD 1.00 AMPOLLA					
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ			ACCIÓN	
08/01/2022 01:51	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA			ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN	
CAMBIOS		DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) INFUSION A 3 mg HORA CANTIDAD 10.00 AMPOLLA			
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 02:57	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	INFUSION A 3 mg HORA
08/01/2022 10:08	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	INFUSION A 4 mg HORA

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111060085 POS	DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML (B BRAUN)	DEXMEDETOMIDINA

FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 00:45			
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA					
DOSIS	1.00 AMPOLLA (S) 1.2 MCG /K/H				
CANTIDAD	20.00 VIAL				
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN			
08/01/2022 02:18	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN			
CAMBIOS					
DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) REGISTRO					
SUSPENSIÓN					
08/01/2022 10:53	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	<table border="1"> <tr> <td>JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN:</td> <td>SUSPENDER</td> </tr> </table>	JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN:	SUSPENDER	
JUSTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN:	SUSPENDER				
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 07:02	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	para g0te0
08/01/2022 07:02	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	para gte
08/01/2022 07:02	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	para gte
08/01/2022 07:03	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	para g0te0

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO			
0111020074 POS	FENTANILO 0.5MG/10ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA (CORPAUL)	FENTANILO CITRATO			
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 00:46			
VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA					
DOSIS	1.00 AMPOLLA (S) 150 MCG / H				
CANTIDAD	30.00 AMPOLLA				
HISTÓRICO FORMULACIÓN					
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN			
08/01/2022 11:26	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN			
CAMBIOS					
CANTIDAD 200.00 AMPOLLA					
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 02:55	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 06:55	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 06:55	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 06:56	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 06:56	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 06:56	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 06:56	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 06:57	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 16:59	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 16:59	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H
08/01/2022 16:59	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	150 MCG / H

08/01/2022 16:59	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0150 MCG / H
---------------------	--------------------------------------	------------------	------------------	--------------

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0102060009 POS	POTASIO CLORURO SOLUCION INYECTABLE 20MEQ/10ML (KATROL CORPAUL)- SDMDU	POTASIO CLORURO
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 00:55

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 475 CC DE SSN + 25 CC DE KTROL PASAR A 3MEC HORA

CANTIDAD 30.00 AMPOLLA

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 03:51	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)		03MEQ /HG
08/01/2022 03:51	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)		03MEQ /HG
08/01/2022 07:52	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)		03MEQ /HG
08/01/2022 07:52	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)		03MEQ /HG
08/01/2022 07:52	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)		03MEQ /HG

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0103060018 POS	METOPROLOL AMPOLLA 5MG/5ML (ADS)	METOPROLOL TARTRATO
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 01:52

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 2.5 mg DOSIS UNICA

CANTIDAD 1.00 AMPOLLA

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
08/01/2022 07:50	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	FINALIZACIÓN
CAMBIOS	OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO	Finalizacion del Suministro desde la Estacion de Enfermeria

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 03:50	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)		02.5 mg DOSIS UNICA

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111060074 POS	MIDAZOLAM AMPOLLA 5MG/5ML (BRAUN)	MIDAZOLAM
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 02:17

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 2.00 AMPOLLA (S) DOSIS UNICA

CANTIDAD 2.00 AMPOLLA

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
08/01/2022 11:46	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	FINALIZACIÓN
CAMBIOS	OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO	Finalizacion del Suministro desde la Estacion de Enfermeria

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 06:58	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	para sedacin
08/01/2022 11:45	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	BL EN TUNR ANTERIR JF ANDREA

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0108030033 POS	SODIO CLORURO 0.9% X 250 ML (fresenius)	SODIO CLORURO
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 02:19

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 BOLSA (S) PARA MEDICACION

CANTIDAD 30.00 UNIDAD

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 02:00	YULIANA SANCHEZ GARCIA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	para la noradrenalina
08/01/2022 12:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0103090015 POS	NOREPINEFRINA 4 MG/4 ML (REPREFARCO)	NOREPINEFRINA
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 05:08

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 2.00 AMPOLLA (S) infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 65 mmhg

CANTIDAD 30.00 AMPOLLA

HISTÓRICO FORMULACIÓN		
FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
08/01/2022 05:12	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	CANTIDAD 200.00 AMPOLLA	
08/01/2022 05:18	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	CANTIDAD 20000.00 AMPOLLA	
08/01/2022 05:47	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	ACTIVACIÓN / MODIFICACIÓN
CAMBIOS	DOSIS 2.00 AMPOLLA (S) infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg CANTIDAD 2000.00 AMPOLLA	

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 07:00	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 07:00	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 07:00	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 07:00	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 07:00	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 07:01	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 10:01	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 10:01	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 10:01	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg

08/01/2022 11:00	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 14:06	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 14:06	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 14:06	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 14:06	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 18:00	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 18:01	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 18:01	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg
08/01/2022 18:01	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	2 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	infusion titulable 0.02 - 1.2 mcg/k/min para TAM mayor a 70 mmhg

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0106040022 POS	VASOPRESINA AMPOLLA 20U/1ML (ADS)	VASOPRESINA TANATO
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 06:17

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 2 UI / HORA

CANTIDAD 10.00 AMPOLLA

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 03:54	ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	2 UI / HORA
08/01/2022 14:37	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	4 UI / HORA
08/01/2022 14:37	CLAUDIA PATRICIA SALAZAR QUINTERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	4 UI / HORA

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0111010068 POS	DIPIRONA SODICA 1 G/2 ML SOLUCION INYECTABLE (PROCAPS S.A)	DIPIRONA
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 09:40

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) 1 GR CADA 8 HRS

CANTIDAD 20.00 AMPOLLA

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 10:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
08/01/2022 14:00	MONICA ALEJANDRA GONZALEZ VELANDIA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	por orden medica de adelantra tto 2 gramos
08/01/2022 14:00	MONICA ALEJANDRA GONZALEZ VELANDIA	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	por orden medica de adelantra tto 2 gramos

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0103070014 POS	FUROSEMIDA AMPOLLA 20MG/2ML (procaps)	FUROSEMIDA
FORMULÓ	SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA	FECHA FORMULACIÓN: 08/01/2022 10:55

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA
 DOSIS 4.00 AMPOLLA (S) UNICA VEZ
 CANTIDAD 4.00 AMPOLLA

HISTÓRICO FORMULACIÓN

FECHA	FORMULÓ	ACCIÓN
08/01/2022 12:35	LEYDI JOHANNA PLAZA	FINALIZACIÓN
CAMBIOS	OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO Finalizacion del Suministro desde la Estacion de Enfermeria	

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
08/01/2022 11:00	LEYDI JOHANNA PLAZA	4 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)		0 para bolo

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA CANASTA QUIRÚRGICA**PROGRAMACIÓN No. 195006 / 2022-01-07 19:04:07****MEDICAMENTOS**

FECHA	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	USUARIO ORDENA	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	USUARIO SUMINISTRA	OBSERVACIONES
2022-01-07 19:10	0108030033	SODIO CLORURO 0.9% X 250 ML (fresenius)	UNIDAD	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	1.0000 BOLSA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 19:10	0108030034	SODIO CLORURO 0.9% X 1000 ML (FRESENIUS)	UNIDAD	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	1.0000 BOLSA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 20:20	0108030034	SODIO CLORURO 0.9% X 1000 ML (FRESENIUS)	UNIDAD	ADOLFO LEON ROLDAN CHICA	3.0000 BOLSA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 21:54	0108030036	SODIO CLORURO 0.9% X 500 ML (FRESENIUS)	UNIDAD	ADOLFO LEON ROLDAN CHICA	1.0000 BOLSA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 19:10	0108030039	LACTATO DE RINGER (SOLUCION INYECTABLE HARTMAN) 500 ML) (FRESENIUS KABI COLOMBIA S.A.S.)	UNIDAD	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	2.0000 BOLSA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 19:10	0110040032	CISATRACURIO 10 MG/ 5 ML SOLUCIÓN INYECTABLE (TRACURION®)	AMPOLLA	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	2.0000 AMPOLLA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 19:10	0111010041	REMIFENTANILO INYECTABLE 2 mg (ULTIVA)	VIAL	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	1.0000 AMPOLLA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 19:00	0111020010	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% jalea	TUBO	PROTOCOLO	1.0000 TUBO (S)	TOPICA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	
2022-01-07 19:10	0111020021	LIDOCAINA CLORHIDRATO S/E 2% X 10 ml	AMPOLLA	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	3.0000 ml	SUBCUTANEA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ	

2022-01-07 19:10	0111020057	FENTANILO SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 0.5MG/10ML (BIOSAN)	AMPOLLA	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	150.0000 microgramos	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ
2022-01-07 19:10	0111020061	PROPOFOL 10 MG/ML EMULSIÓN INYECTABLE (KABI)	AMPOLLA	JOHN EDWAR SANCLEMENTE MEJIA	1.0000 AMPOLLA (S)	INTRAVENOSA	JOSE RICARDO ATEHORTUA LÓPEZ

SOLICITUDES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

FECHA SOLICITUD	POS/NO POS	PROCEDIMIENTOS	ORDENADO POR	ESTADO
2022-01-07 14:23	POS	541102 - LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	JUAN DIEGO BURITICA PATIÑO	AUTORIZADO
		Observaciones	PACIENTE CON OBSTRUCCION INTETSINAL ALTA. SOSPECHA DE SUFRIMEINTO DE ASA	
2022-01-08 13:19	POS	541701 - LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA ABIERTA	JUAN DIEGO BURITICA PATIÑO	AUTORIZADO
		Observaciones	PACIENTE CON SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINA, QUE REQUIERE LAVADO 48 HR POSTOPERADO DE PRIMERA INTERVENCION.	

PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS SOLICITADOS

FECHA SOLICITUD	POS/NO POS	TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	ORDENADO POR
2022-01-08 02:13	POS	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	10	JULIAN ANDRES VALENCIA GONZALEZ

FECHA	CONSOLIDADO DE EVOLUCIONES
2022-01-06	<p>23:32 SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN ALEJANDRO OSORIO MENDEZ - ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL</p> <p>H. SUBJETIVO: PACEINTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CAUDRO CLINICON DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPSDIS EMTICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIME}NTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICON Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA, EL DIAD EAYER CON EMESIS COLOR CAFE , ADEMS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO INTENSO, TOMA PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSO CON ENUTROFILUIA, HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 VALORADO POR CX GENERAL QUIEN CONSDIERA CUADRO DE OSBTRUCCION ITNESTINAL ECERATININA 1.89 BUN 36.9 TFGE 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,A CPENITE SE TORA TA QUICARDICO TAQIPNEICO, CON SIGNOS DE SIS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR SONDA NASOGASTRICA. ADEMS TUVO ALZ TERMICA DURANTE LA TARDE, AL EXAMEN FISICO CON HALLAZGOS DESCRITOS AL INGRESO, SE SOLICITAN PARACLINICOS: GASES ARTERIALES TRASTORMNO LEVE DE OXIGENACION PAFI 286HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSOSS NI NEUTROFILI HB NORMAL CRATININA 1.17 BUIN 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES FA NORMAL LDH NORMAL BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, SE COSNDIERA IDX OBSTTRUICCUON INTESTINAL- DADO APEINTE CON TAQUICARDIA, FIEBRE EN SITIO DE REMISION EN HORAS, ADEMAS DE LACTATO ELEVADO, SE INDICA MANEJO CON LEV LACTATO DE RINGES, TOMA DE HEMOCULTIVOS DE INCIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PIPERACILINTA TAZOBACTAM METRONIDAZOL, SE SOLICITA VALORACION POR CX GENERAL</p> <p>H. OBJETIVO: PACEINTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CAUDRO CLINICON DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPSDIS EMTICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIME}NTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICON Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA, EL DIAD EAYER CON EMESIS COLOR CAFE , ADEMS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO INTENSO, TOMA PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSO CON ENUTROFILUIA, HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 VALORADO POR CX GENERAL QUIEN CONSDIERA CUADRO DE OSBTRUCCION ITNESTINAL ECERATININA 1.89 BUN 36.9 TFGE 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,A CPENITE SE TORA TA QUICARDICO TAQIPNEICO, CON SIGNOS DE SIS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR SONDA NASOGASTRICA. ADEMS TUVO ALZ TERMICA DURANTE LA TARDE, AL EXAMEN FISICO CON HALLAZGOS DESCRITOS AL INGRESO, SE SOLICITAN PARACLINICOS: GASES ARTERIALES TRASTORMNO LEVE DE OXIGENACION PAFI 286HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSOSS</p>

NI NEUTROFILI HB NORMAL CRATININA 1.17 BUIN 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES FA NORMAL LDH NORMAL BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, SE COSNDIERA IDX OBSTTRUICCUON INTESTINAL- DADO APEINTE CON TAQUICARDIA, FIEBRE EN SITIO DE REMISION EN HORAS, ADEMAS DE LACTATO ELEVADO, SE INDICA MANEJO CON LEV LACTATO DE RINGES, TOMA DE HEMOCULTIVOS DE INCIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PIPERACILINTA TAZOBACTAM METRONIDAZOL, SE SOLICITA VALORACION POR CX GENERAL

ANÁLISIS: PACEINTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CAUDRO CLINICON DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPSPDIS EMTICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIME}NTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICON Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA, EL DIAD EAYER CON EMESIS COLOR CAFE , ADEMS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO INTENSO, TOMA PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSO CON ENUTROFILUIA, HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 VALORADO POR CX GENERAL QUIEN CONSDIERA CUADRO DE OSBTRUCCION ITNESTINAL ECRATININA 1.89 BUN 36.9 TFG 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,A CPENITE SE TORA TA QUICARDICO TAQIPNEICO, CON SIGNOS DE SIS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR SONDA NASOGASTRICA. ADEMS TUVO ALZ TERMICA DURANTE LA TARDE, AL EXAMEN FISICO CON HALLAZGOS DESCRITOS AL INGRESO, SE SOLICITAN PARACLINICOS: GASES ARTERIALES TRASTORMNO LEVE DE OXIGENACION PAFI 286HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSO NI NEUTROFILI HB NORMAL CRATININA 1.17 BUIN 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES FA NORMAL LDH NORMAL BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, SE COSNDIERA IDX OBSTTRUICCUON INTESTINAL- DADO APEINTE CON TAQUICARDIA, FIEBRE EN SITIO DE REMISION EN HORAS, ADEMAS DE LACTATO ELEVADO, SE INDICA MANEJO CON LEV LACTATO DE RINGES, TOMA DE HEMOCULTIVOS DE INCIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PIPERACILINTA TAZOBACTAM METRONIDAZOL, SE SOLICITA VALORACION POR CX GENERAL

PLAN: PACEINTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CAUDRO CLINICON DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPSPDIS EMTICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIME}NTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICON Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA, EL DIAD EAYER CON EMESIS COLOR CAFE , ADEMS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO INTENSO, TOMA PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSO CON ENUTROFILUIA, HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 VALORADO POR CX GENERAL QUIEN CONSDIERA CUADRO DE OSBTRUCCION ITNESTINAL ECRATININA 1.89 BUN 36.9 TFG 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,A CPENITE SE TORA TA QUICARDICO TAQIPNEICO, CON SIGNOS DE SIS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR SONDA NASOGASTRICA. ADEMS TUVO ALZ TERMICA DURANTE LA TARDE, AL EXAMEN FISICO CON HALLAZGOS DESCRITOS AL INGRESO, SE SOLICITAN PARACLINICOS: GASES ARTERIALES TRASTORMNO LEVE DE OXIGENACION PAFI 286HEMOGRAMA SIN LEUCOCITSO NI NEUTROFILI HB NORMAL CRATININA 1.17 BUIN 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES FA NORMAL LDH NORMAL BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, SE COSNDIERA IDX OBSTTRUICCUON INTESTINAL- DADO APEINTE CON TAQUICARDIA, FIEBRE EN SITIO DE REMISION EN HORAS, ADEMAS DE LACTATO ELEVADO, SE INDICA MANEJO CON LEV LACTATO DE RINGES, TOMA DE HEMOCULTIVOS DE INCIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PIPERACILINTA TAZOBACTAM METRONIDAZOL, SE SOLICITA VALORACION POR CX GENERAL

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	

01:19 SERVICIO: OBSERVACIÓN

JUAN DIEGO BURITICA PATIÑO - **ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL - Respuesta Interconsulta**

H. SUBJETIVO: RESPUESTA A INTERCONSULTA, CIRUGIA GENERAL, DR. BURITICA, 1) OCLUSION INTESTINAL VS ILEO DE ORIGEN BILIAR. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIOS EMETICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIMENTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICON Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA

H. OBJETIVO: MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD CON PROTOCOLOS INTERNACIONALES EN PANDEMIA COVID TA 149/103 FC 80 FR 18 MHG, T 36.5 °C. SATURACION DE OXIGENO 91% ,PACIENTE IMPRESIONA MODERADAMENTE ENFERMO , MUCOSAS SEMIHUMEDAS, NORMOCOLOREADA, PUPILAS SIMETRICAS, ISOCORICAS CUELLO FLEXIBLE, TORAX: SIMETRICO, MV CONSERVADO, SIN AGREGADOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN: PANICULO ADIPOSO AUMENTADO, DISTENDIDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN REACCION PERITONEAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN VISCEROMEGALIAS O MASAS PALPABLES. SONDA NASOGASTRICA 60 CC DE LIQUIDO OSCURO NO FECALOIDE TRA NORMOTONICO, NORMOTERMICO, NO TUMORACION ALCANSE DE DEJO, AMPOLLA RECTAL VACIA, PROSTATA BLANDA NO AUMENTADA DE TAMAÑO. GU: SIN LESIONES, EXT: SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES, SNC: CONCIENTE ORIENTADO EN 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA. LEUCOCITOS 8.4, HB 17.8 CREATININA 1.17 NITROGENO UREICO 31 6 FOSFATASA ALCALINA 64.4 TGO 18, TGP 21, LDH 246 , BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 , POTASIO 3.1

ANÁLISIS: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAR POR CAUDRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 8 DIAS , ASOCIADO A EPISODIOS EMETICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIMENTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN EXPULSAR HECES, NI GASES POR RECTO CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA. HB 16.6 PCR 171 AMILASA 92 LSH 555 BILIRRUBINAS D 1.52 BT 2.41 VALORADO POR CX GENERAL QUIEN CONSDIERA

2022-01-07

CUADRO DE OSBTRUCCION INTESTINAL CR 1.89 BUN 36.9 TFGE 63 INCIAN TRMITE DE REMISION,PACIENTE TAQUICARDICO TAQUIPNEICO, CON SIGNOS DE SIRS, DECIDEN SALIR COMO URGENCIA VITAL, REFEIRE HA DRENAOD CERCA DE 1500 DE CONTENID FECALIODE POR SONDA NASOGASTRICA. CON ALZA TERMICA REFERIDA EN 38.2 POR LA HIJA QUE LO ACOMPAÑA. AHORA HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSS NI NEUTROFILIA, HB NORMAL CRATININA 1.17 NITROGENO UREICO 31 ENZIMAS HEPATICAS NORMALES, FOSFATASA ALCALINA NORMAL, LDH NORMAL, LACTATO EN 2.9, BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 SODIO NORMAL POTASIO 3.1 TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, RX DE TORAX SIN CONSOLIDACION, NO INFILTRADOS, RX DE ABDEOM SERIA DE ABDOMEN NIVELES HIDROAEREOS ABUNDANTE DISTENSION DE ASAS COLONICAS A NIVEL PROXIMAL, PACIENTE QUIEN SE INICIA CON ANTIBIOTICO TERAPIA, E HIDRATAACION CON LACTATO DE RINGER, SE INDICA REPONER LIQUIDOS YA QUE PACIENTE PRESENTA GASTO URINARIO DISMINUIDO. SE ORDENA HOSPITALIZAR A CARGO DE CIRUGIA GENERAL. SS TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO. SS. LACTATO, BILIRRUBINAS, CH EVOLUTIVO. ECO ABDOMINAL TOTAL. PENDIENTE TOMA DE HEMOCULTIVOS.

PLAN: HOSPITALIZAR A CARGO DE CIRUGIA GENERAL. LACTATO DE RINGER AL 50CC/HR PIPERACILINTA TAZOBACTAM METRONIDAZOL SS TAC ABDOMINAL CONTRASTADO

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

14:45 SERVICIO: URGENCIAS

JUAN DIEGO BURITICA PATIÑO - **ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL (Tratante)**

H. SUBJETIVO: EVOLUCION TARDE, CIRUGIA GENERAL, DR. BURITICA, 1) OCLUSION INTESTINAL VS ILEO DE ORIGEN BILIAR. 2 SEPSIS ABDOMINAL. 3) HIPERTENSO. SIN ALERGIAS SIN CIRUGIA PREVIAS. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA, CONSULTA A HOSPITAL DE ZARZAL POR CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIOS EMETICOS INTERMIRENTE DE CONTENIDO ALIMENTARIO DESDE HACE 5 DIAS SIN DEPOSICION Y CON DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA

H. OBJETIVO: MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD CON PROTOCOLOS INTERNACIONALES EN PANDEMIA COVID TA 149/103 FR 18 FC 120, T 36.5 °C. SATURACION DE OXIGENO 91% ,PACIENTE IMPRESIONA MODERADAMENTE ENFERMO , MUCOSAS SECAS, NORMOCOLOREADA, PUPILAS SIMETRICAS, ISOCORICAS CUELLO FLEXIBLE, TORAX: SIMETRICO, MV CONCERVADO, SIN AGREGADOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN: PANICULO ADIPOSO AUMENTADO, DISTENDIDO +++, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN REACCION PERITONEAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN VISCEROMEGALIAS O MASAS PALPABLES. SONDA NASOGASTRICA 50 CC DE LIQUIDO OSCURO NO FECALOIDE TRA NORMOTONICO, NORMOTERMICO, HECES FECALES AL ALCANSE DE DEDO, MESCCLADAS CON POCA SANGRE. AMPOLLA RECTAL CON ESCASA HECES, PROSTATA BLANDA NO AUMENTADA DE TAMAÑO. GU: SIN LESIONES, EXT: SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES, SNC: CONCIENTE ORIENTADO EN 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA. CISTOFLOW 50 CC EN 8 HRS. LEUCOCITOS 8.4, HB 17.8 CREATININA 1.17 NITROGENO UREICO 31 6 FOSFATASA ALCALINA 64.4 TGO 18, TGP 21, LDH 246 , BILIRRUBINAS BT 2.1 DIRECTA 1.84 BI 1.29 , POTASIO 3.1

ANÁLISIS: PACIENTE QUE PERSISTE, CON DISTENCION Y NO EXPULSION DE HECES Y GASES. PERSISTE TAQUICARDICO, TAQUIPNEICO, OLIGURICO, AHORA CON DERRAME PLEURAL IZQUIERDO. PACIENTE AHORA, CON HIPOKALEMIA LEVE, CON LACTATO EN 2.9 CON ANTIBIOTICO TERAPIA INSTAURADA, SE MEDICO PARA HIPERTENSION SE CONSIDERA QUE TRATAMIENTO MEDICO FALLADIDO CON SOSPECHA DE OCLUSION INTESTINAL CON SUFRIMIENTO DE ASAS. SE REALIZANDO CONSENTIMIENTO Y SE RESERVA 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS, PENDIENTE VALORACION POR ANESTESIA, SE COMENTA EN UCI. AHORA EN ESTOS MOMENTOS PACIENTE REALIZANDOCE TAC ABDOMINAL CONTRASTADO. LEUCOCITOS 8400, HB 17.8, PLAQ 168, SODIO 137 K 3.1

PLAN: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, RINGER A 120 CC /HR 480 CC DE SSN, 20 CC DE CATROL A 30 CC/HR PENDIENTE VALORACION POR ANESTESIA. PENDIENTE REPORTE DE TAC

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

21:47 SERVICIO: CIRUGÍA

ADOLFO LEON ROLDAN CHICA - **ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL (Tratante)**

H. SUBJETIVO: NOTA OPERATORIA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, LAVADO PERITONEAL LIBERACION DE PLASTRON DRENAJE DE ABSCESO PELVICO Y LAVADO Y DRENAJE PERITONITIS DE 4 CUADRANTES, APENDICECTOMIA APLICACIÓN DE SISTEMA DE CICATRIZACION ASISTIDO POR VACIO. CATETER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO PO ANESTESIOLOGIA. HALLAZGOS: PLASTRON PELVICO CON TORCION DE ASA DELGASA ILEON DISTAL CAUSANTO OBSTRUCCION INTESTINAL GRAN DISTESION DE ASAS DELGADAS. ABSCESO PELVICO TOMANDO DIVERTICULO RECTAL PERFORADO Y PUNTA DEL APENDICE CECAL. PERITONEITIS DE 4 CUADRANTES. CATETER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO ANATOMIA USUAL.

H. OBJETIVO: PROCEDIMIENTO: BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS QUIRURGICOS, POR INCISION DE LAPAROTOMA SUPRA INFRAUMBILICAL POR PLANOS HASTA CAVIDAD. SE IDENTIFICAN HALLAZGOS. SE LIBERA PLASTRON, DETORCION DE ASA DELGADA ILEON DISTAL, DRENAJE DE ABSCESO PELVICO DRENAJE RETROGRADO A CAVIDAD GASTRICA Y ASPIRADO POR SONDA NASOGASTYRICA 2000 CC FECALOIDE. SE REALIZA APENDICECTOMIA LIBERACION PINZAMIENTO Y LIGADURA DE MESO Y BASE APEDICULAR EXCERESIS Y ENTREGA PARA PATOLOGIA. ENTERORADIA RAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO CON VICRYL 3/0. LAVADO PERITONEAL POR CUADRANTES 4000 CC SSN TIBIA. ASPIRADO SECADO DE CAVIDAD. VERIFICADA HEMOSTASIA. RECUENTO COMPLETO DE COMPRESAS Y ELEMENTOS POR INSTRUMENTADORA. SE PROCEDE A APLICACIÓN DE SISTEMA DE CICATRIZACION ASISTIDO POR VACIO ABTHERA SE DEJA APOSITO GRANUFOAM LARGE, SE VERIFICA FUNCIONAL A 125 MM HG MODO CONTINUO. PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO NO COMPLICACIONES.

ANÁLISIS: TRANSOPERATORIO ACEPTABLE.

PLAN: TRASLADO A UCI. CON INDICACION DE NUEVO LAVADO PERITONEAL REVISION DE CAVIDAD LUEGO DE 24 A 48 HORAS CUANDIO SU ESTADO HEMODINAMICO LO PERMITA. SE EXPLICA EL CASO HALLAZGOS Y PRONOSTICO A FAMILIAR. TRASLADO A UCI.

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K658	OTRAS PERITONITIS	<input type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input type="checkbox"/>
K352	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/>
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

23:17 SERVICIO: UCI
SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA - **ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVISTA (Interconsultante)**

H. SUBJETIVO: PACIENTE DE 60 AÑOS DE ZARZAL VALLE, PROFESION VIGILANTE, CASADO, BACHILLER, CON ANTECEDENTE DE HTA MANEJADA CON ENALAPRIL, METOPROLOL, ANTECEDENTE DE VACUNACION X 2 DOSIS DE SINOVAC PARA SARSCOV2. INGRESO EL DIA DE AYER REMITIDO DE HOSPITAL LOCAL DE ZARZAL EN CONTEXTO DE OBSTRUCCION INTESTINAL PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL. CONSULTO INICIALMENTE POR DOLOR ABDOMINAL DISTENCION, EMESIS EN VARIAS OCACIONES, Y AUSENCIA DE DEPOSICIONES, QUIEN AL INGRESO ES VALORADO POR CX GENERAL DA MANEJO MEDICO INICIAL, CON ESCASA RESPUESTA CLINICA, POR LO QUE ES LELVADO A CIRUGIA PARA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DONDE REALIZA: DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, ENTERORADIA RAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO LAVDO PERITONEAL, LIBERACIO DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL, MAS APENDICECTOMIA, MAS IMPLANTACION DE SISTEMA VAC, PACIENTE QUIEN INGRESA A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO BAJO SOPORTE VENTILATORIO TRAIIDO POR ANESTESIOLOGO DE TURNO, SE CONSIDERA INICIO DE SEDOANALGESIA, PASO DE LINEA ARTERIAL. TOMA DE RX DE TORAX PARA CONTROL DE PASO CVC EN CIRUGIA, GASES ARTERIALES, PARACLINICA DE CONTROL. EN EL MOMENTO PACIENTE CON PRONOSTICO RECVADO. SE ESPERA REPORTE DE HEMOCULTIVOS Y CULTIVO LIQ PERITONEAL. CONTINUA EN MANEJO ANTIBIOTICO PIPERACILINA TAZOBACTAM, PROTECCION GASTICA, TROMBOPROFILAXIS, EN EL MOMENTO SIN SOPORTE VASOACTIVO. CONITNUA EN SEUGIMIENTO CLINICO ATENTOS A EVOLUCION PENDINTE LAVADO QUIRRUGICO EN 48 HORAS.

H. OBJETIVO: PACIENTE BAJO SEDACION, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO. IOT TUBO #8.0, CON SIGNOS VITALES: TA: 122/69 PAM: 86 FC: 115 GLUCOMETRIA: 156. EXAMEN FISICO: PACIENTE BAJO SEDACION, CON RS CS RS SIN SOPLOS, MV PRESNETE EN ACP, NO SOBREGREGADOS, CON ABOMEN ABIERTO CON SISTMA VAC NORMOFUNCIONAL, EXTREMIDADES SIN EDEMAS SIMETRICAS.

ANÁLISIS: DX: 1. DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, + ENTERORRAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO + LAVADO PERITONEAL, + LIBERACIO DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL, + APENDICECTOMIA, POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (07/01/22) MAS IMPLANTACION DE SISTEMA VA.

PLAN: CUIDADO INTENSIVO, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, ENTERORRAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO LAVADO PERITONEAL, LIBERACION DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL, MAS APENDICECTOMIA, MAS IMPLANTACION DE SISTEMA VAC, MANEJO CONJUNTO CON CIRUGIA GENRAL. PENDIENTE NUEVO LAVADO EN 48 HORAS.

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K658	OTRAS PERITONITIS	<input type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/>
K352	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

23:48 **NOTA MEDICA DE INGRESO AL SERVICIO UCI**
SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA - **ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVISTA**
DESCRIPCION:

02:11 **SERVICIO: UCI**
JULIAN ANDRES VALENCIA GONZALEZ - **ESPECIALIDAD: FISIOTERAPIA**
H. SUBJETIVO: PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DE: 1. DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, + ENTERORRAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO + LAVADO PERITONEAL, + LIBERACION DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL, + APENDICECTOMIA, POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (07/01/22) MAS IMPLANTACION DE SISTEMA VA.
H. OBJETIVO: PACIENTE SE ENCUENTRA EN CAMA EN POSICION SEMIFOWLER BAJO SEDACION CON FENTANYL, CON NORADRENALINA, CON SOPORTE RESPIRATORIO DADO POR VENTILACION MECANICA INVASIVA EN MODO ASISTIDO CONTROLADO POR VOLUMEN VC: 430 FIO2: 95 PEEP: 8 FR: 26/18 R:I-E: 1-3 HACIENDO VTE: 380 PP: 17 PW: 10, SIGNOS VITALES: FC: 124 SATO2: 100 TA: 89/53.
ANÁLISIS: TERAPIA RESPIRATORIA NOCHE: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, GASES DE INGRESO A UCI MUESTRAN ACIDOSIS RESPIRATORIA, CON TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION PAFI 85, SE RECIBE PACIENTE DE CIRUGIA ENTUBADO CON TUBO 8 FIJO 24 CM, SE REALIZA CAMBIO DE FIJACION, ADEMAS SE REALIZA POSICIONAMIENTO EN CAMA, HIGIENE BRONQUIAL Y ORAL CON TECNICA ESTERIL, OBTENIENDO ESCASA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES POR TUBO Y ABUNDANTES CON CONTENIDO BILIOSO Y EN CONCHO DE CAFE POR BOCA, PACIENTE TOLERA LA TERAPIA SIN COMPLICACIONES.
PLAN: - MONITORIA RESPIRATORIA - POSICIONAMIENTO EN CAMA - GASIMETRIA DE CONTROL - HIGIENE BRONQUIAL Y ORAL - VENTILACION MECANICA INVASIVA

2022-01-08

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K658	OTRAS PERITONITIS	<input type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/>
K352	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>

07:43 **SERVICIO: UCI**
LEIDY VIVIANA LLANTÉN RINCÓN - **ESPECIALIDAD: FISIOTERAPIA**
H. SUBJETIVO: INTERCONSULTA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA.
H. OBJETIVO: PACIENTE DE 60 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICOS MEDICOS CONOCIDOS CONOCIDOS Y ANOTADOS EN LA LA HISTORIA CLINICA. PACIENTE CON SOPORTE CARDIOVASCULAR POR NORADRENALINA Y VASOPRESINA A DOSIS ALTAS, CON SOPORTE DE SEDOANALGESIA CON RASS DE -4, CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA. A LA VALORACION DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR ENCUENTRO ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS,

FUERZA MUSCULAR NO EVALUABLE, SIN RETRACCIONES MUSCULARES EN TREN SUPERIOR, LEVE RETRACCION EN ISQUIOTIBIALES BILATERAL.

ANÁLISIS: PACIENTE CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA, EN EL MOMENTO CON REQUERIMIENTO DE VASOPRESINA Y NORADRENALINA A DOSIS ALTAS, POR LO QUE NO SE RECOMIENDA EL INICIO DE TERAPIA FISICA, DADO QUE SE CONTEMPLA COMO CRITERIO DE EXCLUSION DEL PROTOCOLO DE MOVILIZACION TEMPRANA. SE ESPERA MEJORIA CLINICA PARA INICIAR PROCESO DE REHABILITACION TEMPRANA Y DISMINUIR LOS EFECTOS ASOCIADOS A LA INMOVILIZACION EN CAMA PROLONGADA.

PLAN: POSICIONAMIENTO EN CAMA- VIGILANCIA CONTINUA- A LA ESPERA DE MEJORIA CLINICA PARA DAR INICIO A REHABILITACION FISICA.

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K658	OTRAS PERITONITIS	<input checked="" type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input checked="" type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input checked="" type="checkbox"/>
K352	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	<input checked="" type="checkbox"/>
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

10:56 SERVICIO: UCI

SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA - **ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVISTA (Tratante)**

H. SUBJETIVO: DIAGNOSTICOS : 1. DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, + ENTERORRAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO + LAVADO PERITONEAL, + LIBERACION DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL, + APENDICECTOMIA, POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (07/01/22) MAS IMPLANTACION DE SISTEMA VAC. 2. SHOCK SEPTICO

H. OBJETIVO: TA: 127/68 TAM: 82 FC: 155 FR: 26 T°: 40°C SAO2: 96% FIO2: 70% DIURESIS: 0.0 ML/K/H GLUCOMETRIAS: 156 MG CON DOBLE SOPORTE VASOACTIVO, MONITORIA CARDIACA REGULAR, BAJO VMI CON PARAMETROS DINAMICOS , RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS ABDOMEN: BLANDO, ABIERTO CON SISTEMA VAC FUNCIONAL , EXT: NO EDEMASA , SNC: BAJO SEDOANALGESIA RASS-5, LABORATORIO: LEUCOS: 8200 HB: 16 HTO: 47 PLAQUETAS: 150.000 CREATININA: 1.5 BUN 35 SODIO: 140 POTASIO: 3.6 FOSFORO: 6.2 MG: 2.4 PT: 14 PTT: 27 INR: 1.2 TGO: 30 TGP: 32 BB: 1.8 BD: 1.1 GASES: 7.21/79/54/21/*-6.3/ LACTICO: 3.6

ANÁLISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, E ELE MOMENTO BAJO SEDOANALGESIA RASS-5, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE CON REQUERIMINETO DE DOBLE VASOACTIVO, EN FALLA MULTIORGANICA, GASIMETRIA CON ACIDOSIS METABOLICA Y RESPIRATORIA , SE CORRIGEN PARAMETROS DEL VENTILADOR, PERSISTE CON HIPERLACTACIDEMIA, EN MANEJO CON REPOSICION VOLUMETRICA, CONTINUA ANURICO CON PARAMETROS DE REANIMACION OPTIMIZADOS , SE INDICA BOLO DE DIURETICO 80 MG. PERSISTE FEBRIL CON SRIS, HERIDA QUIRURGICA ABIERTA, CON SISTEMA VAC FUCNIONAL. SE SOLICITAN NUEVOS GASES CON LACTICO PARA EVALUAR EVOLUCION. PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GNERALES EN MANEJO CONJUNTO CON CIRUGIA GENERAL.

PLAN: SOLICITO GASES ARTERIALES, IONOGRAMA Y ACIDO LACTICO ECOCARDIOGRAMA TT FUROSEMIDA 80 MGS UNICA VEZ

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K658	OTRAS PERITONITIS	<input checked="" type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input checked="" type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input checked="" type="checkbox"/>
K352	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	<input checked="" type="checkbox"/>
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

12:11 SERVICIO: UCI

ELSA JULIANA ESTRADA HERNANDEZ - **ESPECIALIDAD: TERAPIA RESPIRATORIA**

H. SUBJETIVO: PACIENTE CON DX: : 1. DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, + ENTERORRAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO + LAVADO PERITONEAL, + LIBERACION DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL, + APENDICECTOMIA, POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (07/01/22) MAS IMPLANTACION DE SISTEMA VAC. 2. SHOCK SEPTICO. EN VENTILACION MECANICA.

H. OBJETIVO: 11:00AM PACIENTE EN CAMA, POSICION SEMIFOWLER, EN CRITICAS CONDICIONES, CON TUBO OROTRAQUEAL (PRESION DEL NEUMO DE 26MMHG), SOPORTE VENTILATORIO MODO AC VC 430 PEEP 8 FIO2 70% IMV 18, PARCIALMENTE ACOPLADO, ASISTIENDO AL CICLO VENTILATORIO, PRESIONES EN LA VIA AEREA PIP 18 PAW 12, PATRON RESPIRATORIO REGULAR DE BUENA EXPANSION Y SIMETRIA, SE AUSCULTA MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO EN BASES SIN SOBREGREGADOS, SV FC: 140 TA 127/69 SAT 96%, BAJO EFECTOS DE SEDACION CON PRECEDEX Y FENTANYL.

ANÁLISIS: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, REQUIRIENDO SOPORTE CON NORADRENALINA, ACOPLADO Y DEPENDIENTE DE LA VENTILACION MECANICA, GASES ARTERIALES DE CONTROL CON ACIDOSIS RESPIRATORIA, PAFIO2 113, RADIOGRAFIA DE TORAX CON INFILTRADOS DIFUSOS PARAMEDIASTINALES, SE ASPIRA POR TUBO SECRECIONES MUCOAMARILLAS ESCASAS, AL CAMBIAR FIJACION DE TOT SE OBSERVA PIEL INTEGRAL (SE PROTEGE CON FIXOMULL). TOLERA PROCEDIMIENTO.

PLAN: - SOPORTE VENTILATORIO PARAMETROS PROTEGIENDO PULMON - HIGIENE BRONQUIAL Y BUCAL CON CLORHEXIDINA - GASES ARTERIALES DE CONTROL - MONITORIA RESPIRATORIA

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K658	OTRAS PERITONITIS	<input checked="" type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input checked="" type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input checked="" type="checkbox"/>
K352	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	<input checked="" type="checkbox"/>
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

13:12 SERVICIO: UCI

JUAN DIEGO BURITICA PATIÑO - **ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL (Tratante)**

H. SUBJETIVO: REVISTA, CIRUGIA GENERAL, DR BURITICA, DIAGNOSTICOS: 1. DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, + ENTERORRAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO + LAVADO PERITONEAL, + LIBERACION DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL, + APENDICECTOMIA, POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (07/01/22) MAS IMPLANTACION DE SISTEMA VAC. 2. SHOCK SEPTICO.

H. OBJETIVO: SEDADO Y VENTILADO, NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSAS HUMEDAS Y NORMOLOREADAS CUELLO SIN ADENOPATIAS O MASAS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS O GALOPES, TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANDIBLE, MV DISMINUIDO GLOBALMENTE. SIN ESTERTORES, SIN TIRAJES, SIN SIBILANCIAS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN REACCION PERITONEAL, CON SISTEMA ASPIRACION CICATRIZACION VAC, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GU DIURESIS 50 EN CISTOFLOW EXTREMIDADES PULSOS PRESENTES Y SIMETRIOS NO EDEMAS NEUROLOGICO SIN FOCALIZACION, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO

ANÁLISIS: PACIENTE GRAVE, EN POSTOPERATORIO INMEDIATO, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADO, QUE PERSISTE CON TAQUICARDIA, FEBRIL, OLIGURICO, VMI/TOT DESDE INICIO DE LAPARTOMIA EXPLORATORIA, AHORA CON DOBLE SOPORTE VASOPRESOR, PERSISTE CON HIPERLACTACIDEMIA, PACIENTE CON 200 CC POR DREN VAC, POR SONDA NASOGASTRICA 50 LIQUIDO OSCURO, FECALOIDE. PENDIENTE LAVADO PERITONEAL SI SU ESTADO CARDIOVASCULAR LO PERMITE EN 24 HRS.

PLAN: LAVADOR PERITONEAL PLANIFICADO PARA MAÑANA CONTINUA MONITOREO POR INTENSIVISTAS EN UCI, CON IGUAL MANEJO MEDICO.

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
K658	OTRAS PERITONITIS	<input checked="" type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input checked="" type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input checked="" type="checkbox"/>
K352	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	<input checked="" type="checkbox"/>

E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>

SERVICIO: UCI

20:38 SERGIO MAURICIO CARDENAS FIGUEROA - **ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVISTA (Tratante) - Alta de la Especialidad**

H. SUBJETIVO: NOTA MEIDCA UCI: PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE: 1) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO I Y IV, 2) CHOQUE SEPTICO REFRACTARIO, 3) SEPSIS ABDOMINAL PERITONITIS, 4) OBRUCCION INTESTINAL + DIVERTICULITIS COMPLICADA, 5) POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (07/01/2022): DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA 4 CUADRANTES, + ENTERORRAFIA E INVERSION DE DIVERTICULO ANTERIOR DE RECTO PERFORADO + LAVADO PERITONEAL + LIBERACION DE PLASTRON Y DETORCION DE ASA DELGADA A NIVEL DE ILEON DISTAL + APENDICECTOMIA, 6) FALLA MULTIORGANICA (CARDIOVASCULAR, PULMONAR, RENAL), 7) TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

H. OBJETIVO: PACIENTE MUY CRITICO EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CHOQUE REFRACTARIO, FC: 150, FR: 20, TAM: 40 MMHG, T: 39.6°C, SATO2 NO DETECTABLE.

ANÁLISIS: PACIENTE CON CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL REFRACTARIO A MANEJO MEDICO E INTERVENCION QUIRURGICA REALIZADA EL DIA DE AYER, CON EVOLUCION TORPIDA Y FALLA MULTIORGANICA, CON INJURIA RENAL AGUDA AKIN III PERSISTENTEMENTE ANURICO A PESAR DE MANEJO CON CRISTALOIDES Y DIURETICO, SIN EMBARGO, DEMASIADO INESTABLE PARA TOLERAR POSIBLE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, ACIDOSIS METABOLICA, SEVERA, HIPERLACTATEMIA EN ASCENSO, DISOXIA. SE EXPLICA AMPLIAMENTE A HIJOS ESTADO CRITICO DEL PACIENTE Y PRONOSTICO OMINOSO. SE RECIBE LLAMADO DE ENFERMERIA, PACIENTE SIN PULSOS PALPABLES, RITMO AESP, SE REALIZAN MANIOBRAS SIN RESPUESTA CLINICA, SE CONFIRMA ASISTOLIA EN VISOCOPIO. SE DECLARA DEFUNCION 07+30 PM, SE INFORMA A FAMILIARES Y SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO. SE LLENA CERTIFICADO DEFUNCION #729809626.

PLAN: SE DECLARA DEFUNCION 07+30 PM, SE INFORMA A FAMILIARES Y SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO. SE LLENA CERTIFICADO DEFUNCION #729809626.

DIAGNÓSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRINCIPAL
R572	CHOQUE SÉPTICO	<input type="checkbox"/>
J969	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
K658	OTRAS PERITONITIS	<input type="checkbox"/>
K574	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE AMBOS INTESTINOS CON PERFORACION Y ABSCESO	<input type="checkbox"/>
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE BARTHEL

FECHA	HORA	NOMBRE	ESPECIALIDAD	PUNTAJE	DEPENDENCIA	
2022-01-08	01:18	ansa07 - ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	ENFERMERIA	0	Dependencia total	Consultar Detalle
2022-01-06	21:13	naba01 - NATALIA BARON HERNANDEZ	ENFERMERIA	10	Dependencia total	Consultar Detalle

VALOR DE REFERENCIA ESCALA BARTHEL

PUNTAJE OBTENIDO	TIPO DE DEPENDENCIA
Mayor que 60	Dependencia leve o independiente
40 - 55	Dependencia moderada
20 - 35	Dependencia severa
Menor que 20	Dependencia total

ESCALA DE BRADEN

FECHA	HORA	NOMBRE	ESPECIALIDAD	PUNTAJE	RIESGO DE AÑLCERAS	
2022-01-08	01:19	ansa07 - ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	ENFERMERIA - ENFERMERA (O)	8	Riesgo Alto	Consultar Detalle
2022-01-06	21:14	naba01 - NATALIA BARON HERNANDEZ	ENFERMERIA - ENFERMERA (O)	13	Riesgo Medio	Consultar Detalle
VALOR DE REFERENCIA ESCALA BRADEN						
PUNTAJE OBTENIDO				RIESGO DE AÑLCERAS		
Menor que 13				Riesgo Alto		
Entre 13 y 14				Riesgo Medio		
Mayor que 14				Riesgo Bajo		

ESCALA DE DOWNTON

FECHA	HORA	NOMBRE	ESPECIALIDAD	PUNTAJE	RIESGO	
2022-01-06	21:14	naba01 - NATALIA BARON HERNANDEZ	ENFERMERIA	6	Alto Riesgo de Cañda	Consultar Detalle
2022-01-08	01:19	ansa07 - ANDREA ASTRID SARRIA COLMENARES	ENFERMERIA	6	Alto Riesgo de Cañda	Consultar Detalle
VALOR DE REFERENCIA ESCALA DOWNTON						
PUNTAJE OBTENIDO				TIPO DE RIESGO		
Menor/Igual a 3				Bajo Riesgo de Cañda		
Mayor a 3				Alto Riesgo de Cañda		



PROFESIONAL: RAUL ENRIQUE BECERRA GUERRERO

CC - 12973795 - T.P 19583 88

ESPECIALIDAD - SOPORTE DIALITICO

Señor

JUEZ VEINTIDÓS (22) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ. D.C.

E.

S.

D.

cmpl22bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA.
RADICACIÓN.
DEMANDANTE.

DEMANDADOS.

Verbal de responsabilidad civil contractual
11001-40-03-022-2022-01269-00
NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ PATIÑO Y JOSÉ LUIS
RODRÍGUEZ PATIÑO
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASUNTO.

PODER ESPECIAL

ALLÁN IVÁN GÓMEZ BARRETO, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número **79.794.741** expedida en Bogotá D.C., actuando en calidad de Representante Legal de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, todo lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, cordialmente manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **JAIME ENRIQUE HERNÁNDEZ PÉREZ**, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número **79.938.138** expedida en Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 180.264 del Consejo Superior de la Judicatura, a la doctora **CLAUDIA ANDREA HERNÁNDEZ PÉREZ**, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía número **53.071.015** expedida en Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional número 284.461 del Consejo Superior de la Judicatura, a **DAVID GÓMEZ CARRILLO** mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número **1.019.040.018** expedida en Bogotá D.C. abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 227.721 del Consejo Superior de la Judicatura, a la doctora **YESBY YADIRA LÓPEZ RAMOS**, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía número **1.022.947.861** expedida en Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional número 285.844 del Consejo Superior de la Judicatura y a **OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ MALAGÓN** mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número **1.020.760.808** expedida en Bogotá D.C. abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 360.604 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico hernandezchavarroasociados@gmail.com, para que en nombre y en representación de la sociedad que represento y dentro del proceso de la referencia, se notifiquen, contesten la demanda, contesten el llamamiento en garantía, interpongan los recursos de ley, propongan nulidades, las excepciones a que haya lugar y, en fin, para que defiendan los intereses de la Compañía Aseguradora

mencionada. Mis apoderados quedan facultados en los términos del artículo 77 del Código General del Proceso y demás normas aplicables y en especial para conciliar, recibir, transigir, desistir y, en general, para realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

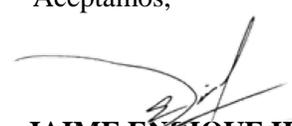


ALLÁN IVÁN GÓMEZ BARRETO

C.C. 79.794.741 de Bogotá D.C.

Representante Legal

Aceptamos,



JAIME ENRIQUE HERNÁNDEZ PÉREZ

C.C. 79.938.138 de Bogotá

T.P. No. 180.264 del C.S.J.



CLAUDIA ANDREA HERNÁNDEZ PÉREZ

C.C. 53.071.015 de Bogotá

T.P. No. 284.461 del C.S.J.



DAVID GÓMEZ CARRILLO

C.C. 1.019.040.018 de Bogotá

T.P. 227.721 del C.S. de la J.



YESBY YADIRA LÓPEZ RAMOS

C.C. 1.022.947.861 de Bogotá

T.P. 285.844 del C.S.J.



OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ MALAGÓN

C.C. 1.020.760.808 de Bogotá

T.P. 360604 del C.S.J.

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 58 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294601

Certificado: 0 **N°:** 001

Fecha de Expedición: 13/10/2019

**BENEFICIARIOS**

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 54,000,000	\$ 339,552
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 54,000,000	\$ 56,376
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 54,000,000	\$ 112,752
ULTIMOS GASTOS	\$ 3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ 1,656,232	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 54,000	\$ 48,600
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ 27,000	\$ 19,440

TOTAL PRIMA**\$ 576,720**

Código de Clausulado que aplica: 16/02/2018-1407-P-34-GR-000000000108-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

OTROS BENEFICIOS

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 48,060
TOTAL A PAGAR	\$ 48,060
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$ 576,720
---	-------------------

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Firma Representante Legal

**SEGURO DE VIDA DE GRUPO
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-P-34-GR-000000000108-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

AMPARO CONTRATADO	SI	NO
• Básico de Vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Indemnización Adicional por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Incapacidad Total y Permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Enfermedades Graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Renta Diaria por Hospitalización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Renta Diaria por Incapacidad Post Hospitalaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en el presente contrato se denominará **LA ASEGURADORA**, en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por **EL TOMADOR** y las solicitudes individuales de los asegurados, las declaraciones de asegurabilidad, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada dentro del plazo legal y previa presentación de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

1. AMPARO BÁSICO.

LA ASEGURADORA cubre, dentro de la vigencia de la póliza el riesgo de muerte de los asegurados.

2. EXCLUSIONES.

Para la presente póliza se otorga el amparo básico de vida sin exclusiones.

3. DEFINICIONES.

3.1. El Tomador.

Es la persona natural o jurídica cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

3.2. Grupo Asegurable.

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con una persona natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

Para la presente póliza el Grupo Asegurable está constituido por las personas vinculadas a instituciones educativas del sector público o privado autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional y que se encuentren desarrollando sus actividades y no se encuentren pensionados bajo ningún régimen; se consideran dentro del grupo asegurable el cónyuge y/o compañero (a) permanente y los hijos del **ASEGURADO** principal.

3.3. Asegurado.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y cuya vida se asegura por parte de **LA ASEGURADORA**, en virtud del presente contrato.



3.4 Beneficiario.

Es la persona designada por el **ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. Y a falta de designación del beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa o cuando se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales sobre la materia.

4. VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados solo entrarán en vigor en la fecha pactada prevista en la Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la primera prima, con independencia de la periodicidad de pago señalada en la póliza, y el documento no haya sido rechazado por **LA ASEGURADORA**, por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

5. EDAD DE INGRESO Y EDAD DE PERMANENCIA.

5.1. Edad de ingreso

Sin perjuicio de los demás requisitos de asegurabilidad, para que un miembro del grupo asegurable pueda contratar o acceder a los amparos a los que se refiere esta póliza, debe cumplir con los siguientes requisitos de edad al momento de su ingreso al amparo:

5.1.1. Requisitos de asegurabilidad

- a. Tener mínimo de 18 años para el **ASEGURADO** principal y su cónyuge.
- b. No ser mayor de sesenta (60) años.

5.1.2 Edad de permanencia

La edad máxima de permanencia terminará para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla (70) años de edad, que se realice correspondiente pago de la prima y el **ASEGURADO** principal siga perteneciendo al Grupo Asegurable.

6. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo **ASEGURADO** se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el o los seguros.

7. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

7.1. LA ASEGURADORA reconocerá como valor del Seguro de cada persona asegurada, aquel valor registrado en la respectiva Solicitud-Certificado de seguro, vigente en el momento de presentarse el siniestro.

7.2. Por el fallecimiento del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, se otorga Un amparo para últimos Gastos por un valor asegurado de tres millones de pesos (\$3.000.000), el cual se reconocerá a los beneficiarios junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del

amparo de vida, tampoco habrá lugar al pago del amparo de Últimos Gastos.

7.3. Por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente, si este amparo ha sido contratado expresamente, se otorga un Bono Canasta equivalente a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (2 SMLMV) al momento del siniestro, suma única que se reconocerá para el total de los beneficiarios con el pago de la indemnización en las proporciones que corresponda entre ellos. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del amparo de vida, Incapacidad Total y Permanente tampoco habrá lugar al pago del Bono Canasta.

8. CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada **ASEGURADO**, su estado de salud, el valor asegurado individual a la fecha de aseguramiento individual y en cada renovación aplicando la tasa según la edad alcanzada de cada **ASEGURADO**.

9. PAGO DE PRIMAS.

EL TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al **TOMADOR** un período de gracia de un mes contando a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral, trimestral y mensual.

En consecuencia, si ocurre algún siniestro, **LA ASEGURADORA** tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte de **EL TOMADOR**, hasta completar la anualidad respectiva.

La presente Póliza de Vida Grupo es de carácter contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, por lo tanto, le corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que el **TOMADOR** efectúe el pago de la prima a **LA ASEGURADORA**.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

10. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, caso en el cual se aplicarán las tarifas previstas para esta modalidad de pago, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0,52; 0,265 y 0,0916 respectivamente.

11. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

EL TOMADOR y/o **EL ASEGURADO** puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a **LA ASEGURADORA**. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por **LA ASEGURADORA** o en la fecha especificada por **EL TOMADOR** para la terminación, la que ocurra más tarde, y **EL TOMADOR** será responsable de pagar a **LA ASEGURADORA** todas las primas debidas en esta fecha, incluyendo una prima a prorrata que comprende desde el período de gracia y hasta la fecha de tal revocación.



De conformidad con el artículo 1159 del Código de Comercio, **EL ASEGURADO** podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

Durante la vigencia de la póliza no es revocable por **LA ASEGURADORA** el amparo básico de Vida al que hace referencia esta póliza.

Sin embargo, en cualquier momento **LA ASEGURADORA** podrá revocar cualquiera de los anexos contratados por **EL ASEGURADO**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

12. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

Por tratarse de un contrato que se basa en la Buena Fe de las partes, **EL TOMADOR** y **EL ASEGURADO** están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA ASEGURADORA**. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **LA ASEGURADORA**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** han encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero la **ASEGURADORA** sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio sobre error en la edad.

De conformidad con el artículo 1158 del Código de Comercio, aunque **LA ASEGURADORA** prescinda de examen médico, **EL ASEGURADO** no puede considerarse exento de la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, ni de las sanciones que se generan por la reticencia o inexactitud en la que incurra.

Las sanciones previstas no se aplicarán si **LA ASEGURADORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

PARÁGRAFO: De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1059 de Código de Comercio, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que se rescinda el contrato cuando el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

13. IRREDUCTIBILIDAD.

De conformidad con el artículo 1160 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO**, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

14. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el **ASEGURADO**, por escrito solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del **TOMADOR**.
- e) En el seguro del cónyuge o cualquier **ASEGURADO** dependiente, al fallecimiento del **ASEGURADO** principal o cuando éste se retire del grupo asegurado.
- f) Cuando **LA ASEGURADORA** pague la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.
- g) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurable no se encuentre constituido por más de un **ASEGURADO**.
- h) Al vencimiento de la vigencia del certificado individual si éste no se renueva.
- i) Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla setenta (70) años de edad.

15. COBERTURA ININTERRUMPIDA.

Como un beneficio para el GRUPO ASEGURADO, con el fin de conservar la antigüedad adquirida del **ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y los anexos contratados se renovarán automáticamente por períodos consecutivos de igual plazo, actualizando el valor asegurado y la prima de seguro al vencimiento de cada anualidad, conforme la condición OCTAVA.-CÁLCULO DE LA PRIMA, excepto cuando:

15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. **EL ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten a la **ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se remueve para una nueva vigencia.

15.3. **LA ASEGURADORA** manifieste al **TOMADOR** con anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.

15.4. **EL ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

LA ASEGURADORA realizará el ajuste de las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

16. CONVERTIBILIDAD.

LOS ASEGURADOS menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite **LA ASEGURADORA**, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos



adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo. El seguro individual se emitirá conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el **ASEGURADO** a la fecha de la solicitud.

Si la cobertura individual de un **ASEGURADO** se incluyó en la póliza como riesgo subnormal o fuera de los rangos de normalidad, se expedirá el Seguro de Vida Individual con la extraprima que corresponda a dicho producto.

17. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del **ASEGURADO** se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán todas las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA ASEGURADORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA ASEGURADORA**, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) de la presente condición.

18. MODIFICACIONES.

En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de **LA ASEGURADORA**, el **ASEGURADO** deberá diligenciar una solicitud de Modificación-Certificado, que actualiza, complementa y hace parte integral de la Solicitud-Certificado inicial.

19. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios serán libremente designados por **EL ASEGURADO** quien los podrá cambiar en cualquier momento, mediante notificación escrita a **LA ASEGURADORA**.

Cuando ocurra el fallecimiento del **ASEGURADO** sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o haya designado genéricamente como beneficiarios a sus herederos, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el **ASEGURADO** o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge o compañero(a) permanente del **ASEGURADO** en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad.

20. RECLAMACIÓN.

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o cualquiera de los anexos, el beneficiario o **EL ASEGURADO**, según el caso, deberá remitir los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El **ASEGURADO** o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos. **LA ASEGURADORA** tiene el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

El **TOMADOR** o beneficiario, a petición de **LA ASEGURADORA**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

21. AVISO DE SINIESTRO.

En caso de muerte de cualquiera de los **ASEGURADOS**, el **TOMADOR** o el beneficiario deberá dar aviso a **LA ASEGURADORA** dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

22. PAGO DE SINIESTRO.

LA ASEGURADORA pagará al **ASEGURADO** o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

23. DERECHO DE INSPECCIÓN.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del **TOMADOR** que se refieran al manejo de esta Póliza.

24. NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

25. DOMICILIO.

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **LA ASEGURADORA**.

**ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE
ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000109-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO.

Si dentro de la vigencia del presente anexo y como consecuencia de un accidente, como se define a continuación, que dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia produce una lesión que cause la muerte o desmembración del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** pagará, previa comprobación de la ocurrencia del accidente, como indemnización adicional al monto del valor asegurado del amparo básico de vida de la póliza, el valor pactado para este anexo.

Para los efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca la muerte o una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones contenida en la condición cuarta y que se manifieste dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia. No se consideran accidentes aquellos hechos enumerados en la condición segunda de este anexo (exclusiones).

2. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de:

- a) Homicidio o su tentativa.
- b) Muerte, lesión o pérdida causada por arma de fuego, arma contundente o cortopunzante.
- c) Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por el **ASEGURADO** así mismo, ya sea en estado de cordura o demencia, sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario.
- d) Los accidentes causados por violación, por parte del asegurado, de cualquier norma legal.
- e) La participación en competencias de velocidad.
- f) Accidentes que sufra **EL ASEGURADO** como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- g) Accidentes en que el **ASEGURADO**, que sea menor de 25 años, se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas, motonetas o carros a motor (karts).
- h) Intoxicaciones, oclusiones intestinales, rotura de aneurismas e infecciones bacteriales, excepto la que se presente por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

- i) Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- j) Guerra civil o internacional, motines, huelgas, acciones de movimientos subversivos, actos terroristas o en general, conmociones de cualquier clase.
- k) Fisión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radiactiva.
- l) Encontrarse **EL ASEGURADO** bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- m) Ingestión de veneno o inhalación de gases o vapores en forma accidental o deliberada.
- n) Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o tara, o infecciones bacteriales distintas de las contraídas por lesión corporal accidental.
- o) Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo y fiebre amarilla.
- p) Los accidentes sufridos por **EL ASEGURADO** durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.
- q) Personas que sean miembros de las fuerzas armadas.
- r) Procesos de extracción o de construcción efectuados bajo tierra o sobre/bajo agua.
- s) Industrias químicas u otras industrias en donde se utilicen o fabriquen sustancias tóxicas o explosivas.
- t) Grupo de personas expuestas a acumulación de riesgos por aviación, como personal de empresas de aeronavegación, así como la utilización de aeronaves propiedad de la empresa tomadora o al servicio de ésta. Y viajes aéreos colectivos en que participen varias personas integrantes del grupo asegurado.

3. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

4. TABLA DE INDEMNIZACIONES.

LA ASEGURADORA pagará la indemnización estipulada en este anexo, dentro del mes siguiente al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

• Muerte accidental	La suma principal
• Pérdida de ambas manos o ambos pies	La suma principal
• Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos	La suma principal
• Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo	La suma principal
• Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo	50% de la suma principal

Para efectos de la tabla anterior, se entregará por pérdida lo siguiente:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.



- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de reclamación por alguno de los eventos descritos en la tabla de indemnizaciones se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si un accidente produce la muerte accidental y al mismo tiempo una desmembración solo se pagará la suma asegurada principal.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo de desmembración se descontará del pago a que haya a lugar por el amparo de Muerte Accidental o por el anexo de Incapacidad Total y Permanente (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

5. EXÁMENES MÉDICOS.

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al **ASEGURADO** tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

6. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

7. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1.** Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 7.2.** Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

8. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1.. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 8.2.. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo.
- 8.3.. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado del anexo de incapacidad Total y Permanente si fuera contratado.
- 8.4.. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.
- 8.5.. Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula séptima.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000110-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por **EL ASEGURADO**, que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado por el presente anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

- a) Aseo personal: Capacidad para levantarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.
- b) Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.
- c) Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.
- d) Higiene: Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier forma.
- e) Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.
- f) Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por **EL ASEGURADO** sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad.

Dichas lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables serán determinadas con base en la historia clínica por parte del médico designado por **LA ASEGURADORA**.



2. EXCLUSIONES.

Para todos los efectos este amparo no cubre la invalidez total y permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.

3. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo.

4. PÉRDIDA.

Para efectos del presente anexo, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

PARÁGRAFO:

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato del seguro.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

5. RECLAMACIONES.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

Para efectos de la reclamación por este anexo, el asegurado debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que determine pertinentes el médico designado por **LA ASEGURADORA** luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

6. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

7. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 7.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

7. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta (60) años de edad.
- 8.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y de los demás anexos.
- 8.3. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

**ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO
DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000111-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO.

LA ASEGURADORA, en virtud del presente anexo, pagará al asegurado el valor estipulado en la condición cuarta, cuando éste acredite el diagnóstico únicamente de los siguientes eventos y/o enfermedades, de conformidad con las definiciones contenidas en la cláusula tercera del presente anexo:

- 1.1. Infarto del miocardio
- 1.2. Cáncer
- 1.3. Accidente cerebrovascular
- 1.4. Insuficiencia renal crónica

O el tratamiento médico únicamente de los siguientes eventos y/o enfermedades, de conformidad con las definiciones contenidas en la cláusula tercera del presente anexo:

- 1.5. Cirugía de revascularización miocárdica
- 1.6. Trasplante de órganos vitales

La efectividad del presente amparo se encuentra sujeta a que las enfermedades y/o eventos se manifiesten o sean diagnosticados por primera vez por un médico y confirmados por evidencias clínicas y para clínicas aceptables, dentro de la vigencia del presente anexo y una vez transcurridos los tres (3) primeros meses de vigencia del anexo.

1. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

LA ASEGURADORA no será responsable de los eventos producidos en forma directa o indirecta, total o parcialmente por:

- a) Enfermedad o invalidez derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- b) Tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

- c) Carcinomas IN SITU, cánceres no invasivos o lesiones premalignas.
- d) Melanomas de piel estadios 1a según la clasificación AJCC de 2022. Carcinomas de células basales de la piel, carcinomas de células escamosas de la piel sin evidencia de metástasis.
- e) Cáncer de cervix uterino, cáncer de próstata temprano estadios t1 (T1A o T1B) incluyendo clasificaciones equivalentes.
- f) Alteración congénita.
- g) Lesión causada deliberadamente por **EL ASEGURADO** a si mismo, estando en su sano juicio o demente, de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.
- h) Enfermedad grave causada directa o indirectamente por adicción al alcohol, sustancias tóxicas o alucinógenas.
- i) Angioplastia, colocación de STENT y/o cualquier otra intervención intraarterial en ausencia de infarto agudo del miocardio, así como, el tratamiento láser, operaciones de válvula, operación por tumoración intracardiaca.
- j) Los episodios de angina inestable o la sospecha de infarto agudo del miocardio que no sea demostrable.
- k) El infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal producto de traumatismo externo, accidente isquémico transitorio (AIT).
- l) Las diálisis temporales y los cuadros de insuficiencia renal no terminal que no requieran diálisis regular o permanente.

3. DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

3.1 Infarto del miocardio

Primer evento de Infarto Agudo de Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe basarse en:

- a) Historia de dolor torácico típico.
- b) Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- c) Elevación significativa de las enzimas cardiacas Creatinin Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatinin Fosfoquinasa en más del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo de Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación significativa en las enzimas cardíacas, conforme a lo definido en el numeral anterior, literal c. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del segmento ST del Electrocardiograma, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardiacas conforme a lo descrito en el numeral anterior, los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo de Miocardio reciente.

En caso de duda en el diagnóstico **LA ASEGURADORA** puede, a su costa realizar al **ASEGURADO** nuevos estudios de Ecocardiografía y de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto.

3.2. Cáncer

Enfermedad manifestada por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y su invasión a otros tejidos. El término cáncer también incluye:

3.2.1. Las leucemias en sus diversos subtipos.

3.2.2. Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a I.

3.2.3. Cáncer de piel por melanomas malignos en estadios avanzados (clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.

3.2.4. El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir, que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte istopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.

3.2.5. El cáncer de seno cuando se considere invasivo por hallazgos istopatológicos.

3.3 Accidente cerebrovascular.

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de veinticuatro (24) horas y que persista no menos de tres (3) meses, independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

3.4 Insuficiencia renal crónica.

Estado de falla renal terminal debido a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.

3.5 Cirugía de revascularización miocárdica.

Intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias, mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios, realizados por técnica de tórax abierto o cirugía mínimamente invasiva de tórax tipo toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo, según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico, deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.

3.6 Trasplante de órganos vitales.

En caso de existir indicación médica de trasplante, en calidad de receptor de alguno de los siguientes órganos vitales: Corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea y ser candidato para la realización inmediata del mismo, **LA ASEGURADORA** podrá, previa solicitud del **ASEGURADO/BENEFICIARIO**, desembolsar a la Institución de Salud indicada el valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves para el cubrimiento del trasplante, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 3.6.1. Que la indicación del trasplante sea certificada por un grupo médico especializado en la materia. La información y la historia médica deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.
- 3.6.2. Que el procedimiento sea realizado en una institución acreditada y aprobada para realizar este tipo de procedimientos y cuente con el grupo médico y la tecnología necesaria.
- 3.6.3. Que el **ASEGURADO** autorice por escrito y de manera libre y espontánea a **LA ASEGURADORA** a realizar el desembolso del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, directamente a la institución de salud que realizará el trasplante.

Si existiera algún excedente del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves una vez realizado el pago a la Institución de Salud que el **ASEGURADO** indicó, dicho excedente será pagado al **ASEGURADO**. El pago realizado por **LA ASEGURADORA** no implica responsabilidad por gastos médicos y/o quirúrgicos que excedan el valor **ASEGURADO** alcanzado en el presente anexo, ni implica responsabilidad respecto de los resultados médicos del procedimiento.

4. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma que **LA ASEGURADORA** pagará por concepto del presente anexo en caso de enfermedad grave, será del 50% del valor asegurado correspondiente al amparo de Vida alcanzado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

PARÁGRAFO.

La indemnización por enfermedad grave es excluyente con el pago del anexo de incapacidad total y permanente, si hubiere sido contratado y no es acumulable a la indemnización por el amparo básico de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente anexo, dicha suma será deducida del valor a indemnizar por el amparo básico de vida o del anexo de incapacidad total y permanente, en el caso de haber sido contratado.

En consecuencia, el valor asegurado para el amparo básico de vida se reducirá en la misma proporción que existe entre el valor indemnizado por concepto del anexo de enfermedades graves y el valor asegurado restante del amparo básico de vida, con la consecuente disminución de las primas a pagar.

5. LÍMITE DEL BENEFICIO.

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la Cláusula Tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y confirmadas por evidencias clínicas y para clínicas, habiendo transcurrido por lo menos tres meses desde la iniciación de la vigencia del presente anexo.

6. RECLAMACIONES.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

Para efectos de la reclamación por este anexo, el asegurado debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que determine pertinentes el médico designado por **LA ASEGURADORA** luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

7. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

8. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 8.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 8.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

9. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 9.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 9.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo.
- 9.3. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado.
- 9.4. Por cualquier causal de terminación del seguro principal.
- 9.5. Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula octava.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

ANEXO DE RENTA DIARIA
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000103-00DI

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en estas condiciones particulares, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPAROS.

1.1. Renta diaria por hospitalización.

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, ocurrido en territorio colombiano, no preexiste en el momento de la expedición del anexo, y conforme con las definiciones contenidas en la condición cuarta del mismo, **EL ASEGURADO** deba ser hospitalizado, **LA ASEGURADORA** pagará el valor asegurado estipulado en la tabla de coberturas del certificado individual, en calidad de renta por hospitalización, de la siguiente forma:

- 1.1.1 Se pagará a partir del segundo día corriente de hospitalización y hasta el día treinta (30), con un máximo de treinta (30) días al año, siempre y cuando el contrato de seguro se encuentre vigente.
- 1.1.2 El número de días de cobertura se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones y se establecerá únicamente en cada renovación de este anexo
- 1.1.3 No es objeto de cobertura la hospitalización domiciliaria.

1.2. Renta diaria por incapacidad post hospitalaria.

Si al momento de la salida de la hospitalización, al **ASEGURADO** le es ordenado un período de incapacidad adicional que le de continuidad a la hospitalización y/o sea consecuencia directa de la misma, se le reconocerá el valor asegurado estipulado en la tabla de coberturas por cada día de incapacidad que le sea ordenado por la institución de salud, sin sobrepasar un máximo de seis (6) días por evento y por anualidad.

La suma asegurada se restablecerá en cada renovación de este anexo, bajo las mismas condiciones de la cobertura de renta diaria por hospitalización.

2. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

Este anexo no cubre la renta diaria por hospitalización o por incapacidad post hospitalaria ocasionada como consecuencia de:



- a) Cualquier tratamiento de carácter estético o cirugía plástica o reconstructiva, siempre y cuando no sea consecuencia de un accidente objeto de cobertura de la póliza y sus anexos.
- b) Tratamientos de infertilidad, fecundación in vitro, fertilización, pruebas genéticas, planificación familiar, anticoncepción, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, cambio de sexo parcial o total y tratamientos de esterilización o su reversión.
- c) Tratamientos hospitalarios derivados o que se relacionen de forma directa o indirecta con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que no se haya desarrollado SIDA.
- d) Enfermedades congénitas o padecidas antes del ingreso a la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- e) Secuelas (enfermedades o lesiones) de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- f) Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- g) Eventos ocurridos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- h) Encontrarse **EL ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heróicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- i) Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.
- j) Tratamientos médicos por problemas de drogadicción, alcoholismo, trastornos o alteraciones psicológicas o psiquiátricas.
- k) Hospitalización por tratamientos odontológicos.
- l) Tratamientos para adelgazar.
- m) Cualquier hospitalización que tenga origen o sea consecuencia de la participación del **ASEGURADO** en una actividad delictiva.
- n) Hospitalización domiciliaria en el caso del amparo de la renta diaria por hospitalización.

3. PERÍODOS DE CARENCIA.

LA ASEGURADORA reconocerá la renta diaria por la hospitalización o la incapacidad post hospitalaria derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertas por la póliza, no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en este anexo:

- a) Enfermedad coronaria
- b) Cálculos biliares (en la vesícula)
- c) Cálculos urinarios o renales
- d) Cistocele o Rectocele
- e) Hernias de cualquier tipo
- f) Miomatosis uterina (miomas)
- g) Várices
- h) SIDA

4. DEFINICIONES.

Para efectos de este anexo se entiende por:

4.1. Accidente.

El hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca lesión corporal.

4.2. Asegurado.

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura en el presente anexo.

4.3. Asegurado Principal.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y que tiene con el **TOMADOR** un vínculo distinto al de la contratación del seguro.

4.4. Enfermedad.

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

4.5. Hospitalización.

Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas.

4.6. Indemnización.

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar la **ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del presente anexo y del contrato de seguro.

5. SUMA ASEGURADA.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado, el cual se establece en Certificado Individual de Seguro correspondiente y para cada uno de los amparos del presente anexo.

6. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

En caso de que la póliza y/o este anexo no sea renovado a la fecha de la terminación de su vigencia y, el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir la renta diaria por hospitalización definida en la condición primera, generada por la hospitalización en curso y hasta la fecha de terminación del contrato vigente; por lo tanto, las rentas diarias por hospitalización que se causen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato, no estarán cubiertas aunque se deriven de una enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.



7. NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso del siniestro cubierto por este anexo, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente anexo, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

8. RECLAMACIONES.

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en el presente anexo, **EL ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

EL ASEGURADO autoriza a **LA ASEGURADORA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente del presente anexo cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella, se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

9. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

10. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 10.1.** Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 10.2.** Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes ni anula tal revocación; en todo caso

cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

11. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 11.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 11.2.** Por cualquier causal de terminación del seguro principal.
- 11.3.** Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula Décima del presente anexo.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA PÓLIZA EDUCADORES PLUS

1. OBJETO.

En virtud del presente anexo, Compañía de Seguros Bolívar S.A., a través de su proveedor **ASISTENCIA BOLIVAR S.A.**, se obliga a poner a disposición del afiliado el servicio de asesoría jurídica telefónica de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones y definiciones previstos en este anexo.

Se especifica que el servicio sólo tiene cobertura para residentes en el territorio colombiano y se referirá exclusivamente a cuestiones jurídicas de Derecho interno colombiano.

Los servicios se solicitarán exclusivamente a través de la RED322 a los siguientes números telefónicos: Desde cualquier lugar del país al 01 8000 123322, en Bogotá al 3 122 122, o desde Celular #322.

2. DEFINICIONES.

Para el efecto del presente anexo, los siguientes términos se entenderán en el siguiente sentido:

Afiliado: **EL TOMADOR, ASEGURADO** o beneficiario de la póliza contratada con **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** la que en adelante se denominará Póliza y a la cual se adhiere el presente anexo.

Consulta: Opinión, juicio o valoración telefónica que se solicita sobre un tema jurídico de derecho interno colombiano específico.

3. SERVICIOS ESPECÍFICOS DE ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. brindará al afiliado Asesoría Jurídica Telefónica gratuita a través de su red de proveedores, cuando el afiliado requiera los servicios de consultoría legal en materia de derecho de familia, civil y tributario, de conformidad con las definiciones que se señalan más adelante.

El servicio sólo cubre consultas jurídicas que tengan relación con el desarrollo de la vida personal y familiar ordinaria. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil.

Las áreas del Derecho y los temas cubiertos son los siguientes:

Derecho de familia: Incluye todo aspecto legal relacionado con la formación de las relaciones familiares, tales como el matrimonio y la adopción, y de la disolución de estas relaciones, tales como: divorcio, manutención de hijos menores, custodia de los hijos, visitas de hijos menores, derechos de los padres y violencia doméstica.



Derecho civil: Incluye todo aspecto legal relacionado con las relaciones personales o patrimoniales entre personas, tales como: contratos de arrendamiento, cobros de cánones de arrendamiento, comunidad de vecinos, propiedad horizontal y reclamación de daños.

Derecho Tributario: Relacionado con los ingresos y la importancia de declarar lo percibido versus lo invertido y por ende los impuestos que le competen, tales como Declaración de renta, impuestos, sucesiones.

4. EXCLUSIONES.

- 4.1.1.1. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil o de naturaleza penal.
- 4.1.1.2. En ningún caso y bajo ninguna circunstancia los servicios de asesoría jurídica telefónica incluyen acompañamientos ni actuaciones en fase prejudicial, ni judicial ante juzgados o tribunales, ni incluyen adelantar procesos de cualquier clase o índole a nombre del afiliado.
- 4.1.1.3. **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** no planteará, ni formulará, ni adelantará, ni pagará, ni se hace responsable de cualquier acción judicial que el afiliado adelante o enfrente contra cualquier persona natural o jurídica.
- 4.1.1.4. Del servicio de Asesoría en Derecho Laboral se exceptúa, el asesoramiento en controversias donde una de las partes sea **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** o cualquiera de las compañías vinculadas y pertenecientes al Grupo Bolívar.
- 4.1.1.5. **COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** se libera de cualquier responsabilidad por perjuicios o daños originados en servicios de asesoría jurídica que el beneficiario haya contratado por su cuenta, sin el uso del canal oficial de solicitud del servicio, y sin el previo consentimiento de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.**

5. SOLICITUD Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

En caso de que el afiliado necesite asesoría jurídica telefónica según lo estipulado por el presente anexo, el afiliado deberá solicitar los servicios de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** a la línea de Servicio al Cliente de la RED322 a la cual se encuentra adscrito, desde cualquier lugar del país al 018000123322, en Bogotá al 3 122 122 o desde celular #322 indicando el nombre y la cédula o NIT del afiliado y el tipo de asistencia que requiere.

6. RESPONSABILIDAD DE ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. y **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** quedan eximidas de responsabilidad cuando por caso fortuito o fuerza mayor o por decisión autónoma del afiliado o sus representantes, no puedan efectuar cualquiera de las asesorías específicamente previstas en este anexo.

Así mismo, **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** queda liberada de todo compromiso cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación que no le sean imputables.

7. AUTONOMÍA DEL ANEXO.

Este anexo es autónomo e independiente de la Póliza expedida por **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** a la cual se adhiere; por lo tanto, la prestación de servicios de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** en ningún momento condiciona, limita o modifica la cobertura que el seguro ofrece, ni implica el reconocimiento de obligaciones o la aceptación de reclamos por parte de **LA ASEGURADORA.**

8. AUTORIZACIÓN.

El afiliado autoriza a **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** a grabar en cualquier momento las conversaciones telefónicas entre **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** y el afiliado y/o beneficiario; en consecuencia de esto la grabación tendrá valor probatorio entre las aportes en lo referido a la ejecución de este anexo.

9. VIGENCIA.

La vigencia del presente anexo será la misma de la Póliza a la cual accede.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 60 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE MODIFICACION**

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294603

Certificado: 1 **N°:** 007

Fecha de Expedición: 30/03/2022

VIGENCIA DE LA MODIFICACIÓN	DESDE	HASTA
	01/11/2021	01/11/2022
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ -54,000,000	\$ -339,552
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ -54,000,000	\$ -56,376
ULTIMOS GASTOS	\$ -3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ -1,817,052	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ -54,000	\$ -48,600
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ -27,000	\$ -19,440

TOTAL PRIMA**\$ -463,968****OTROS BENEFICIOS**

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ -38,664
TOTAL A PAGAR	\$ -231,984
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 60 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE MODIFICACION**

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294603

Certificado: 2 **N°:** 013

Fecha de Expedición: 27/04/2022

VIGENCIA DE LA MODIFICACIÓN	DESDE	HASTA
	01/11/2021	01/11/2022
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 54,000,000	\$ 339,552
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 54,000,000	\$ 56,376
ULTIMOS GASTOS	\$ 3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ 1,817,052	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 54,000	\$ 48,600
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ 27,000	\$ 19,440

TOTAL PRIMA**\$ 463,968****OTROS BENEFICIOS**

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 38,664
TOTAL A PAGAR	\$ 231,984
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$ 463,968
---	-------------------

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

**NOTA IMPORTANTE**

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 60 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE MODIFICACION**

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294603

Certificado: 3 **N°:** 023

Fecha de Expedición: 29/07/2022

VIGENCIA DE LA MODIFICACIÓN	DESDE	HASTA
	01/12/2021	01/11/2022
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ -54,000,000	\$ -311,256
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ -54,000,000	\$ -51,678
ULTIMOS GASTOS	\$ -3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ -1,817,052	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ -54,000	\$ -44,550
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ -27,000	\$ -17,820

TOTAL PRIMA**\$ -425,304****OTROS BENEFICIOS**

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ -38,664
TOTAL A PAGAR	\$ -347,976
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 60 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE RENOVACION

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294603

Certificado: 0 **N°:** 001

Fecha de Expedición: 17/10/2021

**BENEFICIARIOS**

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 54,000,000	\$ 339,552
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 54,000,000	\$ 56,376
ULTIMOS GASTOS	\$ 3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ 1,817,052	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 54,000	\$ 48,600
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ 27,000	\$ 19,440

TOTAL PRIMA**\$ 463,968**

Código de Clausulado que aplica: 16/02/2018-1407-P-34-GR-000000000108-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

OTROS BENEFICIOS

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 38,664
TOTAL A PAGAR	\$ 38,664
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$ 463,968
---	-------------------

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Firma Representante Legal



**SEGURO DE VIDA DE GRUPO
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-P-34-GR-000000000108-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

AMPARO CONTRATADO	SI	NO
• Básico de Vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Indemnización Adicional por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Incapacidad Total y Permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Enfermedades Graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Renta Diaria por Hospitalización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Renta Diaria por Incapacidad Post Hospitalaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en el presente contrato se denominará **LA ASEGURADORA**, en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por **EL TOMADOR** y las solicitudes individuales de los asegurados, las declaraciones de asegurabilidad, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada dentro del plazo legal y previa presentación de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

1. AMPARO BÁSICO.

LA ASEGURADORA cubre, dentro de la vigencia de la póliza el riesgo de muerte de los asegurados.

2. EXCLUSIONES.

Para la presente póliza se otorga el amparo básico de vida sin exclusiones.

3. DEFINICIONES.

3.1. El Tomador.

Es la persona natural o jurídica cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

3.2. Grupo Asegurable.

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con una persona natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

Para la presente póliza el Grupo Asegurable está constituido por las personas vinculadas a instituciones educativas del sector público o privado autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional y que se encuentren desarrollando sus actividades y no se encuentren pensionados bajo ningún régimen; se consideran dentro del grupo asegurable el cónyuge y/o compañero (a) permanente y los hijos del **ASEGURADO** principal.

3.3. Asegurado.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y cuya vida se asegura por parte de **LA ASEGURADORA**, en virtud del presente contrato.



3.4 Beneficiario.

Es la persona designada por el **ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. Y a falta de designación del beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa o cuando se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales sobre la materia.

4. VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados solo entrarán en vigor en la fecha pactada prevista en la Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la primera prima, con independencia de la periodicidad de pago señalada en la póliza, y el documento no haya sido rechazado por **LA ASEGURADORA**, por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

5. EDAD DE INGRESO Y EDAD DE PERMANENCIA.

5.1. Edad de ingreso

Sin perjuicio de los demás requisitos de asegurabilidad, para que un miembro del grupo asegurable pueda contratar o acceder a los amparos a los que se refiere esta póliza, debe cumplir con los siguientes requisitos de edad al momento de su ingreso al amparo:

5.1.1. Requisitos de asegurabilidad

- a. Tener mínimo de 18 años para el **ASEGURADO** principal y su cónyuge.
- b. No ser mayor de sesenta (60) años.

5.1.2 Edad de permanencia

La edad máxima de permanencia terminará para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla (70) años de edad, que se realice correspondiente pago de la prima y el **ASEGURADO** principal siga perteneciendo al Grupo Asegurable.

6. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo **ASEGURADO** se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el o los seguros.

7. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

7.1. LA ASEGURADORA reconocerá como valor del Seguro de cada persona asegurada, aquel valor registrado en la respectiva Solicitud-Certificado de seguro, vigente en el momento de presentarse el siniestro.

7.2. Por el fallecimiento del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, se otorga un amparo para últimos Gastos por un valor asegurado de tres millones de pesos (\$3.000.000), el cual se reconocerá a los beneficiarios junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del

amparo de vida, tampoco habrá lugar al pago del amparo de Últimos Gastos.

7.3. Por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente, si este amparo ha sido contratado expresamente, se otorga un Bono Canasta equivalente a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (2 SMLMV) al momento del siniestro, suma única que se reconocerá para el total de los beneficiarios con el pago de la indemnización en las proporciones que corresponda entre ellos. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del amparo de vida, Incapacidad Total y Permanente tampoco habrá lugar al pago del Bono Canasta.

8. CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada **ASEGURADO**, su estado de salud, el valor asegurado individual a la fecha de aseguramiento individual y en cada renovación aplicando la tasa según la edad alcanzada de cada **ASEGURADO**.

9. PAGO DE PRIMAS.

EL TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al **TOMADOR** un período de gracia de un mes contando a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral, trimestral y mensual.

En consecuencia, si ocurre algún siniestro, **LA ASEGURADORA** tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte de **EL TOMADOR**, hasta completar la anualidad respectiva.

La presente Póliza de Vida Grupo es de carácter contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, por lo tanto, le corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que el **TOMADOR** efectúe el pago de la prima a **LA ASEGURADORA**.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

10. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, caso en el cual se aplicarán las tarifas previstas para esta modalidad de pago, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0,52; 0,265 y 0,0916 respectivamente.

11. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

EL TOMADOR y/o **EL ASEGURADO** puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a **LA ASEGURADORA**. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por **LA ASEGURADORA** o en la fecha especificada por **EL TOMADOR** para la terminación, la que ocurra más tarde, y **EL TOMADOR** será responsable de pagar a **LA ASEGURADORA** todas las primas debidas en esta fecha, incluyendo una prima a prorrata que comprende desde el período de gracia y hasta la fecha de tal revocación.



De conformidad con el artículo 1159 del Código de Comercio, **EL ASEGURADO** podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

Durante la vigencia de la póliza no es revocable por **LA ASEGURADORA** el amparo básico de Vida al que hace referencia esta póliza.

Sin embargo, en cualquier momento **LA ASEGURADORA** podrá revocar cualquiera de los anexos contratados por **EL ASEGURADO**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

12. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

Por tratarse de un contrato que se basa en la Buena Fe de las partes, **EL TOMADOR** y **EL ASEGURADO** están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA ASEGURADORA**. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **LA ASEGURADORA**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** han encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero la **ASEGURADORA** sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio sobre error en la edad.

De conformidad con el artículo 1158 del Código de Comercio, aunque **LA ASEGURADORA** prescinda de examen médico, **EL ASEGURADO** no puede considerarse exento de la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, ni de las sanciones que se generan por la reticencia o inexactitud en la que incurra.

Las sanciones previstas no se aplicarán si **LA ASEGURADORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

PARÁGRAFO: De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1059 de Código de Comercio, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que se rescinda el contrato cuando el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

13. IRREDUCTIBILIDAD.

De conformidad con el artículo 1160 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO**, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

14. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el **ASEGURADO**, por escrito solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del **TOMADOR**.
- e) En el seguro del cónyuge o cualquier **ASEGURADO** dependiente, al fallecimiento del **ASEGURADO** principal o cuando éste se retire del grupo asegurado.
- f) Cuando **LA ASEGURADORA** pague la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.
- g) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurable no se encuentre constituido por más de un **ASEGURADO**.
- h) Al vencimiento de la vigencia del certificado individual si éste no se renueva.
- i) Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla setenta (70) años de edad.

15. COBERTURA ININTERRUMPIDA.

Como un beneficio para el GRUPO ASEGURADO, con el fin de conservar la antigüedad adquirida del **ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y los anexos contratados se renovarán automáticamente por períodos consecutivos de igual plazo, actualizando el valor asegurado y la prima de seguro al vencimiento de cada anualidad, conforme la condición OCTAVA.-CÁLCULO DE LA PRIMA, excepto cuando:

15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. **EL ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten a la **ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se remueve para una nueva vigencia.

15.3. **LA ASEGURADORA** manifieste al **TOMADOR** con anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.

15.4. **EL ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

LA ASEGURADORA realizará el ajuste de las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

16. CONVERTIBILIDAD.

LOS ASEGURADOS menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite **LA ASEGURADORA**, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos



adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo. El seguro individual se emitirá conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el **ASEGURADO** a la fecha de la solicitud.

Si la cobertura individual de un **ASEGURADO** se incluyó en la póliza como riesgo subnormal o fuera de los rangos de normalidad, se expedirá el Seguro de Vida Individual con la extraprima que corresponda a dicho producto.

17. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del **ASEGURADO** se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán todas las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA ASEGURADORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA ASEGURADORA**, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) de la presente condición.

18. MODIFICACIONES.

En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de **LA ASEGURADORA**, el **ASEGURADO** deberá diligenciar una solicitud de Modificación-Certificado, que actualiza, complementa y hace parte integral de la Solicitud-Certificado inicial.

19. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios serán libremente designados por **EL ASEGURADO** quien los podrá cambiar en cualquier momento, mediante notificación escrita a **LA ASEGURADORA**.

Cuando ocurra el fallecimiento del **ASEGURADO** sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o haya designado genéricamente como beneficiarios a sus herederos, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el **ASEGURADO** o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge o compañero(a) permanente del **ASEGURADO** en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad.

20. RECLAMACIÓN.

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o cualquiera de los anexos, el beneficiario o **EL ASEGURADO**, según el caso, deberá remitir los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El **ASEGURADO** o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos. **LA ASEGURADORA** tiene el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

El **TOMADOR** o beneficiario, a petición de **LA ASEGURADORA**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

21. AVISO DE SINIESTRO.

En caso de muerte de cualquiera de los **ASEGURADOS**, el **TOMADOR** o el beneficiario deberá dar aviso a **LA ASEGURADORA** dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

22. PAGO DE SINIESTRO.

LA ASEGURADORA pagará al **ASEGURADO** o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

23. DERECHO DE INSPECCIÓN.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del **TOMADOR** que se refieran al manejo de esta Póliza.

24. NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

25. DOMICILIO.

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **LA ASEGURADORA**.

**ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE
ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000109-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO.

Si dentro de la vigencia del presente anexo y como consecuencia de un accidente, como se define a continuación, que dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia produce una lesión que cause la muerte o desmembración del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** pagará, previa comprobación de la ocurrencia del accidente, como indemnización adicional al monto del valor asegurado del amparo básico de vida de la póliza, el valor pactado para este anexo.

Para los efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca la muerte o una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones contenida en la condición cuarta y que se manifieste dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia. No se consideran accidentes aquellos hechos enumerados en la condición segunda de este anexo (exclusiones).

2. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de:

- a) Homicidio o su tentativa.
- b) Muerte, lesión o pérdida causada por arma de fuego, arma contundente o cortopunzante.
- c) Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por el **ASEGURADO** así mismo, ya sea en estado de cordura o demencia, sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario.
- d) Los accidentes causados por violación, por parte del asegurado, de cualquier norma legal.
- e) La participación en competencias de velocidad.
- f) Accidentes que sufra **EL ASEGURADO** como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- g) Accidentes en que el **ASEGURADO**, que sea menor de 25 años, se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas, motonetas o carros a motor (karts).
- h) Intoxicaciones, oclusiones intestinales, rotura de aneurismas e infecciones bacteriales, excepto la que se presente por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

- i) Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- j) Guerra civil o internacional, motines, huelgas, acciones de movimientos subversivos, actos terroristas o en general, conmociones de cualquier clase.
- k) Fisión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radiactiva.
- l) Encontrarse **EL ASEGURADO** bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- m) Ingestión de veneno o inhalación de gases o vapores en forma accidental o deliberada.
- n) Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o tara, o infecciones bacteriales distintas de las contraídas por lesión corporal accidental.
- o) Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo y fiebre amarilla.
- p) Los accidentes sufridos por **EL ASEGURADO** durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.
- q) Personas que sean miembros de las fuerzas armadas.
- r) Procesos de extracción o de construcción efectuados bajo tierra o sobre/bajo agua.
- s) Industrias químicas u otras industrias en donde se utilicen o fabriquen sustancias tóxicas o explosivas.
- t) Grupo de personas expuestas a acumulación de riesgos por aviación, como personal de empresas de aeronavegación, así como la utilización de aeronaves propiedad de la empresa tomadora o al servicio de ésta. Y viajes aéreos colectivos en que participen varias personas integrantes del grupo asegurado.

3. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

4. TABLA DE INDEMNIZACIONES.

LA ASEGURADORA pagará la indemnización estipulada en este anexo, dentro del mes siguiente al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

• Muerte accidental	La suma principal
• Pérdida de ambas manos o ambos pies	La suma principal
• Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos	La suma principal
• Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo	La suma principal
• Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo	50% de la suma principal

Para efectos de la tabla anterior, se entregará por pérdida lo siguiente:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.

- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de reclamación por alguno de los eventos descritos en la tabla de indemnizaciones se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si un accidente produce la muerte accidental y al mismo tiempo una desmembración solo se pagará la suma asegurada principal.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo de desmembración se descontará del pago a que haya a lugar por el amparo de Muerte Accidental o por el anexo de Incapacidad Total y Permanente (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

5. EXÁMENES MÉDICOS.

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al **ASEGURADO** tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

6. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

7. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 7.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

8. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1.. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 8.2.. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo.
- 8.3.. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado del anexo de incapacidad Total y Permanente si fuera contratado.
- 8.4.. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.
- 8.5.. Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula séptima.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000110-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por **EL ASEGURADO**, que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado por el presente anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

- a) Aseo personal: Capacidad para levantarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.
- b) Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.
- c) Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.
- d) Higiene: Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier forma.
- e) Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.
- f) Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por **EL ASEGURADO** sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad.

Dichas lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables serán determinadas con base en la historia clínica por parte del médico designado por **LA ASEGURADORA**.

2. EXCLUSIONES.

Para todos los efectos este amparo no cubre la invalidez total y permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.

3. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo.

4. PÉRDIDA.

Para efectos del presente anexo, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

PARÁGRAFO:

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato del seguro.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

5. RECLAMACIONES.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

Para efectos de la reclamación por este anexo, el asegurado debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que determine pertinentes el médico designado por **LA ASEGURADORA** luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

6. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

7. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 7.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

7. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta (60) años de edad.
- 8.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y de los demás anexos.
- 8.3. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

**ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO
DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000111-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO.

LA ASEGURADORA, en virtud del presente anexo, pagará al asegurado el valor estipulado en la condición cuarta, cuando éste acredite el diagnóstico únicamente de los siguientes eventos y/o enfermedades, de conformidad con las definiciones contenidas en la cláusula tercera del presente anexo:

- 1.1. Infarto del miocardio
- 1.2. Cáncer
- 1.3. Accidente cerebrovascular
- 1.4. Insuficiencia renal crónica

O el tratamiento médico únicamente de los siguientes eventos y/o enfermedades, de conformidad con las definiciones contenidas en la cláusula tercera del presente anexo:

- 1.5. Cirugía de revascularización miocárdica
- 1.6. Trasplante de órganos vitales

La efectividad del presente amparo se encuentra sujeta a que las enfermedades y/o eventos se manifiesten o sean diagnosticados por primera vez por un médico y confirmados por evidencias clínicas y para clínicas aceptables, dentro de la vigencia del presente anexo y una vez transcurridos los tres (3) primeros meses de vigencia del anexo.

1. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

LA ASEGURADORA no será responsable de los eventos producidos en forma directa o indirecta, total o parcialmente por:

- a) Enfermedad o invalidez derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- b) Tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).



- c) Carcinomas IN SITU, cánceres no invasivos o lesiones premalignas.
- d) Melanomas de piel estadios 1a según la clasificación AJCC de 2022. Carcinomas de células basales de la piel, carcinomas de células escamosas de la piel sin evidencia de metástasis.
- e) Cáncer de cervix uterino, cáncer de próstata temprano estadios t1 (T1A o T1B) incluyendo clasificaciones equivalentes.
- f) Alteración congénita.
- g) Lesión causada deliberadamente por **EL ASEGURADO** a si mismo, estando en su sano juicio o demente, de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.
- h) Enfermedad grave causada directa o indirectamente por adicción al alcohol, sustancias tóxicas o alucinógenas.
- i) Angioplastia, colocación de STENT y/o cualquier otra intervención intraarterial en ausencia de infarto agudo del miocardio, así como, el tratamiento láser, operaciones de válvula, operación por tumoración intracardiaca.
- j) Los episodios de angina inestable o la sospecha de infarto agudo del miocardio que no sea demostrable.
- k) El infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal producto de traumatismo externo, accidente isquémico transitorio (AIT).
- l) Las diálisis temporales y los cuadros de insuficiencia renal no terminal que no requieran diálisis regular o permanente.

3. DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

3.1 Infarto del miocardio

Primer evento de Infarto Agudo de Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe basarse en:

- a) Historia de dolor torácico típico.
- b) Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- c) Elevación significativa de las enzimas cardiacas Creatinin Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatinin Fosfoquinasa en más del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo de Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación significativa en las enzimas cardíacas, conforme a lo definido en el numeral anterior, literal c. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del segmento ST del Electrocardiograma, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardiacas conforme a lo descrito en el numeral anterior, los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo de Miocardio reciente.

En caso de duda en el diagnóstico **LA ASEGURADORA** puede, a su costa realizar al **ASEGURADO** nuevos estudios de Ecocardiografía y de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto.

3.2. Cáncer

Enfermedad manifestada por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y su invasión a otros tejidos. El término cáncer también incluye:

3.2.1. Las leucemias en sus diversos subtipos.

3.2.2. Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a I.

3.2.3. Cáncer de piel por melanomas malignos en estadios avanzados (clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.

3.2.4. El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir, que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte istopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.

3.2.5. El cáncer de seno cuando se considere invasivo por hallazgos istopatológicos.

3.3 Accidente cerebrovascular.

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de veinticuatro (24) horas y que persista no menos de tres (3) meses, independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

3.4 Insuficiencia renal crónica.

Estado de falla renal terminal debido a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.

3.5 Cirugía de revascularización miocárdica.

Intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias, mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios, realizados por técnica de tórax abierto o cirugía mínimamente invasiva de tórax tipo toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo, según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico, deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.



3.6 Trasplante de órganos vitales.

En caso de existir indicación médica de trasplante, en calidad de receptor de alguno de los siguientes órganos vitales: Corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea y ser candidato para la realización inmediata del mismo, **LA ASEGURADORA** podrá, previa solicitud del **ASEGURADO/BENEFICIARIO**, desembolsar a la Institución de Salud indicada el valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves para el cubrimiento del trasplante, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 3.6.1. Que la indicación del trasplante sea certificada por un grupo médico especializado en la materia. La información y la historia médica deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.
- 3.6.2. Que el procedimiento sea realizado en una institución acreditada y aprobada para realizar este tipo de procedimientos y cuente con el grupo médico y la tecnología necesaria.
- 3.6.3. Que el **ASEGURADO** autorice por escrito y de manera libre y espontánea a **LA ASEGURADORA** a realizar el desembolso del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, directamente a la institución de salud que realizará el trasplante.

Si existiera algún excedente del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves una vez realizado el pago a la Institución de Salud que el **ASEGURADO** indicó, dicho excedente será pagado al **ASEGURADO**. El pago realizado por **LA ASEGURADORA** no implica responsabilidad por gastos médicos y/o quirúrgicos que excedan el valor **ASEGURADO** alcanzado en el presente anexo, ni implica responsabilidad respecto de los resultados médicos del procedimiento.

4. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma que **LA ASEGURADORA** pagará por concepto del presente anexo en caso de enfermedad grave, será del 50% del valor asegurado correspondiente al amparo de Vida alcanzado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

PARÁGRAFO.

La indemnización por enfermedad grave es excluyente con el pago del anexo de incapacidad total y permanente, si hubiere sido contratado y no es acumulable a la indemnización por el amparo básico de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente anexo, dicha suma será deducida del valor a indemnizar por el amparo básico de vida o del anexo de incapacidad total y permanente, en el caso de haber sido contratado.

En consecuencia, el valor asegurado para el amparo básico de vida se reducirá en la misma proporción que existe entre el valor indemnizado por concepto del anexo de enfermedades graves y el valor asegurado restante del amparo básico de vida, con la consecuente disminución de las primas a pagar.

5. LÍMITE DEL BENEFICIO.

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la Cláusula Tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y confirmadas por evidencias clínicas y para clínicas, habiendo transcurrido por lo menos tres meses desde la iniciación de la vigencia del presente anexo.

6. RECLAMACIONES.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

Para efectos de la reclamación por este anexo, el asegurado debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que determine pertinentes el médico designado por **LA ASEGURADORA** luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

7. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

8. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 8.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 8.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

9. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 9.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 9.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo.
- 9.3. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado.
- 9.4. Por cualquier causal de terminación del seguro principal.
- 9.5. Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula octava.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

ANEXO DE RENTA DIARIA
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000103-00DI

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en estas condiciones particulares, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPAROS.

1.1. Renta diaria por hospitalización.

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, ocurrido en territorio colombiano, no preexiste en el momento de la expedición del anexo, y conforme con las definiciones contenidas en la condición cuarta del mismo, **EL ASEGURADO** deba ser hospitalizado, **LA ASEGURADORA** pagará el valor asegurado estipulado en la tabla de coberturas del certificado individual, en calidad de renta por hospitalización, de la siguiente forma:

- 1.1.1 Se pagará a partir del segundo día corriente de hospitalización y hasta el día treinta (30), con un máximo de treinta (30) días al año, siempre y cuando el contrato de seguro se encuentre vigente.
- 1.1.2 El número de días de cobertura se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones y se establecerá únicamente en cada renovación de este anexo
- 1.1.3 No es objeto de cobertura la hospitalización domiciliaria.

1.2. Renta diaria por incapacidad post hospitalaria.

Si al momento de la salida de la hospitalización, al **ASEGURADO** le es ordenado un período de incapacidad adicional que le de continuidad a la hospitalización y/o sea consecuencia directa de la misma, se le reconocerá el valor asegurado estipulado en la tabla de coberturas por cada día de incapacidad que le sea ordenado por la institución de salud, sin sobrepasar un máximo de seis (6) días por evento y por anualidad.

La suma asegurada se restablecerá en cada renovación de este anexo, bajo las mismas condiciones de la cobertura de renta diaria por hospitalización.

2. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

Este anexo no cubre la renta diaria por hospitalización o por incapacidad post hospitalaria ocasionada como consecuencia de:



- a) Cualquier tratamiento de carácter estético o cirugía plástica o reconstructiva, siempre y cuando no sea consecuencia de un accidente objeto de cobertura de la póliza y sus anexos.
- b) Tratamientos de infertilidad, fecundación in vitro, fertilización, pruebas genéticas, planificación familiar, anticoncepción, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, cambio de sexo parcial o total y tratamientos de esterilización o su reversión.
- c) Tratamientos hospitalarios derivados o que se relacionen de forma directa o indirecta con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que no se haya desarrollado SIDA.
- d) Enfermedades congénitas o padecidas antes del ingreso a la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- e) Secuelas (enfermedades o lesiones) de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- f) Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- g) Eventos ocurridos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- h) Encontrarse **EL ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- i) Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.
- j) Tratamientos médicos por problemas de drogadicción, alcoholismo, trastornos o alteraciones psicológicas o psiquiátricas.
- k) Hospitalización por tratamientos odontológicos.
- l) Tratamientos para adelgazar.
- m) Cualquier hospitalización que tenga origen o sea consecuencia de la participación del **ASEGURADO** en una actividad delictiva.
- n) Hospitalización domiciliaria en el caso del amparo de la renta diaria por hospitalización.

3. PERÍODOS DE CARENCIA.

LA ASEGURADORA reconocerá la renta diaria por la hospitalización o la incapacidad post hospitalaria derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertas por la póliza, no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en este anexo:

- a) Enfermedad coronaria
- b) Cálculos biliares (en la vesícula)
- c) Cálculos urinarios o renales
- d) Cistocele o Rectocele
- e) Hernias de cualquier tipo
- f) Miomatosis uterina (miomas)
- g) Várices
- h) SIDA

4. DEFINICIONES.

Para efectos de este anexo se entiende por:

4.1. Accidente.

El hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca lesión corporal.

4.2. Asegurado.

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura en el presente anexo.

4.3. Asegurado Principal.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y que tiene con el **TOMADOR** un vínculo distinto al de la contratación del seguro.

4.4. Enfermedad.

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

4.5. Hospitalización.

Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas.

4.6. Indemnización.

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar la **ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del presente anexo y del contrato de seguro.

5. SUMA ASEGURADA.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado, el cual se establece en Certificado Individual de Seguro correspondiente y para cada uno de los amparos del presente anexo.

6. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

En caso de que la póliza y/o este anexo no sea renovado a la fecha de la terminación de su vigencia y, el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir la renta diaria por hospitalización definida en la condición primera, generada por la hospitalización en curso y hasta la fecha de terminación del contrato vigente; por lo tanto, las rentas diarias por hospitalización que se causen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato, no estarán cubiertas aunque se deriven de una enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

7. NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso del siniestro cubierto por este anexo, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente anexo, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

8. RECLAMACIONES.

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en el presente anexo, **EL ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

EL ASEGURADO autoriza a **LA ASEGURADORA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente del presente anexo cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella, se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

9. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

10. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 10.1.** Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 10.2.** Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes ni anula tal revocación; en todo caso

cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

11. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 11.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 11.2.** Por cualquier causal de terminación del seguro principal.
- 11.3.** Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula Décima del presente anexo.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA PÓLIZA EDUCADORES PLUS

1. OBJETO.

En virtud del presente anexo, Compañía de Seguros Bolívar S.A., a través de su proveedor **ASISTENCIA BOLIVAR S.A.**, se obliga a poner a disposición del afiliado el servicio de asesoría jurídica telefónica de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones y definiciones previstos en este anexo.

Se especifica que el servicio sólo tiene cobertura para residentes en el territorio colombiano y se referirá exclusivamente a cuestiones jurídicas de Derecho interno colombiano.

Los servicios se solicitarán exclusivamente a través de la RED322 a los siguientes números telefónicos: Desde cualquier lugar del país al 01 8000 123322, en Bogotá al 3 122 122, o desde Celular #322.

2. DEFINICIONES.

Para el efecto del presente anexo, los siguientes términos se entenderán en el siguiente sentido:

Afiliado: **EL TOMADOR, ASEGURADO** o beneficiario de la póliza contratada con **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** la que en adelante se denominará Póliza y a la cual se adhiere el presente anexo.

Consulta: Opinión, juicio o valoración telefónica que se solicita sobre un tema jurídico de derecho interno colombiano específico.

3. SERVICIOS ESPECÍFICOS DE ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. brindará al afiliado Asesoría Jurídica Telefónica gratuita a través de su red de proveedores, cuando el afiliado requiera los servicios de consultoría legal en materia de derecho de familia, civil y tributario, de conformidad con las definiciones que se señalan más adelante.

El servicio sólo cubre consultas jurídicas que tengan relación con el desarrollo de la vida personal y familiar ordinaria. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil.

Las áreas del Derecho y los temas cubiertos son los siguientes:

Derecho de familia: Incluye todo aspecto legal relacionado con la formación de las relaciones familiares, tales como el matrimonio y la adopción, y de la disolución de estas relaciones, tales como: divorcio, manutención de hijos menores, custodia de los hijos, visitas de hijos menores, derechos de los padres y violencia doméstica.



Derecho civil: Incluye todo aspecto legal relacionado con las relaciones personales o patrimoniales entre personas, tales como: contratos de arrendamiento, cobros de cánones de arrendamiento, comunidad de vecinos, propiedad horizontal y reclamación de daños.

Derecho Tributario: Relacionado con los ingresos y la importancia de declarar lo percibido versus lo invertido y por ende los impuestos que le competen, tales como Declaración de renta, impuestos, sucesiones.

4. EXCLUSIONES.

- 4.1.1.1. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil o de naturaleza penal.
- 4.1.1.2. En ningún caso y bajo ninguna circunstancia los servicios de asesoría jurídica telefónica incluyen acompañamientos ni actuaciones en fase prejudicial, ni judicial ante juzgados o tribunales, ni incluyen adelantar procesos de cualquier clase o índole a nombre del afiliado.
- 4.1.1.3. **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** no planteará, ni formulará, ni adelantará, ni pagará, ni se hace responsable de cualquier acción judicial que el afiliado adelante o enfrente contra cualquier persona natural o jurídica.
- 4.1.1.4. Del servicio de Asesoría en Derecho Laboral se exceptúa, el asesoramiento en controversias donde una de las partes sea **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** o cualquiera de las compañías vinculadas y pertenecientes al Grupo Bolívar.
- 4.1.1.5. **COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** se libera de cualquier responsabilidad por perjuicios o daños originados en servicios de asesoría jurídica que el beneficiario haya contratado por su cuenta, sin el uso del canal oficial de solicitud del servicio, y sin el previo consentimiento de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.**

5. SOLICITUD Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

En caso de que el afiliado necesite asesoría jurídica telefónica según lo estipulado por el presente anexo, el afiliado deberá solicitar los servicios de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** a la línea de Servicio al Cliente de la RED322 a la cual se encuentra adscrito, desde cualquier lugar del país al 018000123322, en Bogotá al 3 122 122 o desde celular #322 indicando el nombre y la cédula o NIT del afiliado y el tipo de asistencia que requiere.

6. RESPONSABILIDAD DE ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. y **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** quedan eximidas de responsabilidad cuando por caso fortuito o fuerza mayor o por decisión autónoma del afiliado o sus representantes, no puedan efectuar cualquiera de las asesorías específicamente previstas en este anexo.

Así mismo, **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** queda liberada de todo compromiso cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación que no le sean imputables.

7. AUTONOMÍA DEL ANEXO.

Este anexo es autónomo e independiente de la Póliza expedida por **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** a la cual se adhiere; por lo tanto, la prestación de servicios de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** en ningún momento condiciona, limita o modifica la cobertura que el seguro ofrece, ni implica el reconocimiento de obligaciones o la aceptación de reclamos por parte de **LA ASEGURADORA.**

8. AUTORIZACIÓN.

El afiliado autoriza a **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** a grabar en cualquier momento las conversaciones telefónicas entre **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** y el afiliado y/o beneficiario; en consecuencia de esto la grabación tendrá valor probatorio entre las aportes en lo referido a la ejecución de este anexo.

9. VIGENCIA.

La vigencia del presente anexo será la misma de la Póliza a la cual accede.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 59 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE
 RENOVACION

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294602

Certificado: 0 **N°:** 001

Fecha de Expedición: 18/10/2020

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	01/11/2020	01/11/2021
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 54,000,000	\$ 339,552
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 54,000,000	\$ 56,376
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 54,000,000	\$ 112,752
ULTIMOS GASTOS	\$ 3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ 1,755,606	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 54,000	\$ 48,600
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ 27,000	\$ 19,440

TOTAL PRIMA**\$ 576,720**

Código de Clausulado que aplica: 16/02/2018-1407-P-34-GR-000000000108-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

OTROS BENEFICIOS

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 48,060
TOTAL A PAGAR	\$ 48,060
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$ 576,720
---	-------------------

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Firma Representante Legal

**SEGURO DE VIDA DE GRUPO
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-P-34-GR-000000000108-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

AMPARO CONTRATADO	SI	NO
• Básico de Vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Indemnización Adicional por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Incapacidad Total y Permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Enfermedades Graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Renta Diaria por Hospitalización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Renta Diaria por Incapacidad Post Hospitalaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en el presente contrato se denominará **LA ASEGURADORA**, en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por **EL TOMADOR** y las solicitudes individuales de los asegurados, las declaraciones de asegurabilidad, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada dentro del plazo legal y previa presentación de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

1. AMPARO BÁSICO.

LA ASEGURADORA cubre, dentro de la vigencia de la póliza el riesgo de muerte de los asegurados.

2. EXCLUSIONES.

Para la presente póliza se otorga el amparo básico de vida sin exclusiones.

3. DEFINICIONES.

3.1. El Tomador.

Es la persona natural o jurídica cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

3.2. Grupo Asegurable.

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con una persona natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

Para la presente póliza el Grupo Asegurable está constituido por las personas vinculadas a instituciones educativas del sector público o privado autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional y que se encuentren desarrollando sus actividades y no se encuentren pensionados bajo ningún régimen; se consideran dentro del grupo asegurable el cónyuge y/o compañero (a) permanente y los hijos del **ASEGURADO** principal.

3.3. Asegurado.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y cuya vida se asegura por parte de **LA ASEGURADORA**, en virtud del presente contrato.



3.4 Beneficiario.

Es la persona designada por el **ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. Y a falta de designación del beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa o cuando se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales sobre la materia.

4. VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados solo entrarán en vigor en la fecha pactada prevista en la Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la primera prima, con independencia de la periodicidad de pago señalada en la póliza, y el documento no haya sido rechazado por **LA ASEGURADORA**, por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

5. EDAD DE INGRESO Y EDAD DE PERMANENCIA.

5.1. Edad de ingreso

Sin perjuicio de los demás requisitos de asegurabilidad, para que un miembro del grupo asegurable pueda contratar o acceder a los amparos a los que se refiere esta póliza, debe cumplir con los siguientes requisitos de edad al momento de su ingreso al amparo:

5.1.1. Requisitos de asegurabilidad

- a. Tener mínimo de 18 años para el **ASEGURADO** principal y su cónyuge.
- b. No ser mayor de sesenta (60) años.

5.1.2 Edad de permanencia

La edad máxima de permanencia terminará para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla (70) años de edad, que se realice correspondiente pago de la prima y el **ASEGURADO** principal siga perteneciendo al Grupo Asegurable.

6. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo **ASEGURADO** se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el o los seguros.

7. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

7.1. LA ASEGURADORA reconocerá como valor del Seguro de cada persona asegurada, aquel valor registrado en la respectiva Solicitud-Certificado de seguro, vigente en el momento de presentarse el siniestro.

7.2. Por el fallecimiento del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, se otorga Un amparo para últimos Gastos por un valor asegurado de tres millones de pesos (\$3.000.000), el cual se reconocerá a los beneficiarios junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del

amparo de vida, tampoco habrá lugar al pago del amparo de Últimos Gastos.

7.3. Por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente, si este amparo ha sido contratado expresamente, se otorga un Bono Canasta equivalente a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (2 SMLMV) al momento del siniestro, suma única que se reconocerá para el total de los beneficiarios con el pago de la indemnización en las proporciones que corresponda entre ellos. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del amparo de vida, Incapacidad Total y Permanente tampoco habrá lugar al pago del Bono Canasta.

8. CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada **ASEGURADO**, su estado de salud, el valor asegurado individual a la fecha de aseguramiento individual y en cada renovación aplicando la tasa según la edad alcanzada de cada **ASEGURADO**.

9. PAGO DE PRIMAS.

EL TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al **TOMADOR** un período de gracia de un mes contando a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral, trimestral y mensual.

En consecuencia, si ocurre algún siniestro, **LA ASEGURADORA** tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte de **EL TOMADOR**, hasta completar la anualidad respectiva.

La presente Póliza de Vida Grupo es de carácter contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, por lo tanto, le corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que el **TOMADOR** efectúe el pago de la prima a **LA ASEGURADORA**.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

10. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, caso en el cual se aplicarán las tarifas previstas para esta modalidad de pago, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0,52; 0,265 y 0,0916 respectivamente.

11. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

EL TOMADOR y/o **EL ASEGURADO** puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a **LA ASEGURADORA**. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por **LA ASEGURADORA** o en la fecha especificada por **EL TOMADOR** para la terminación, la que ocurra más tarde, y **EL TOMADOR** será responsable de pagar a **LA ASEGURADORA** todas las primas debidas en esta fecha, incluyendo una prima a prorrata que comprende desde el período de gracia y hasta la fecha de tal revocación.



De conformidad con el artículo 1159 del Código de Comercio, **EL ASEGURADO** podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

Durante la vigencia de la póliza no es revocable por **LA ASEGURADORA** el amparo básico de Vida al que hace referencia esta póliza.

Sin embargo, en cualquier momento **LA ASEGURADORA** podrá revocar cualquiera de los anexos contratados por **EL ASEGURADO**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

12. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

Por tratarse de un contrato que se basa en la Buena Fe de las partes, **EL TOMADOR** y **EL ASEGURADO** están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA ASEGURADORA**. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **LA ASEGURADORA**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** han encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero la **ASEGURADORA** sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio sobre error en la edad.

De conformidad con el artículo 1158 del Código de Comercio, aunque **LA ASEGURADORA** prescinda de examen médico, **EL ASEGURADO** no puede considerarse exento de la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, ni de las sanciones que se generan por la reticencia o inexactitud en la que incurra.

Las sanciones previstas no se aplicarán si **LA ASEGURADORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

PARÁGRAFO: De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1059 de Código de Comercio, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que se rescinda el contrato cuando el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

13. IRREDUCTIBILIDAD.

De conformidad con el artículo 1160 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO**, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

14. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el **ASEGURADO**, por escrito solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del **TOMADOR**.
- e) En el seguro del cónyuge o cualquier **ASEGURADO** dependiente, al fallecimiento del **ASEGURADO** principal o cuando éste se retire del grupo asegurado.
- f) Cuando **LA ASEGURADORA** pague la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.
- g) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurable no se encuentre constituido por más de un **ASEGURADO**.
- h) Al vencimiento de la vigencia del certificado individual si éste no se renueva.
- i) Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla setenta (70) años de edad.

15. COBERTURA ININTERRUMPIDA.

Como un beneficio para el GRUPO ASEGURADO, con el fin de conservar la antigüedad adquirida del **ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y los anexos contratados se renovarán automáticamente por períodos consecutivos de igual plazo, actualizando el valor asegurado y la prima de seguro al vencimiento de cada anualidad, conforme la condición OCTAVA.-CÁLCULO DE LA PRIMA, excepto cuando:

15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. **EL ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten a la **ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se remueve para una nueva vigencia.

15.3. **LA ASEGURADORA** manifieste al **TOMADOR** con anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.

15.4. **EL ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

LA ASEGURADORA realizará el ajuste de las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

16. CONVERTIBILIDAD.

LOS ASEGURADOS menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite **LA ASEGURADORA**, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos



adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo. El seguro individual se emitirá conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el **ASEGURADO** a la fecha de la solicitud.

Si la cobertura individual de un **ASEGURADO** se incluyó en la póliza como riesgo subnormal o fuera de los rangos de normalidad, se expedirá el Seguro de Vida Individual con la extraprima que corresponda a dicho producto.

17. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del **ASEGURADO** se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán todas las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA ASEGURADORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA ASEGURADORA**, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) de la presente condición.

18. MODIFICACIONES.

En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de **LA ASEGURADORA**, el **ASEGURADO** deberá diligenciar una solicitud de Modificación-Certificado, que actualiza, complementa y hace parte integral de la Solicitud-Certificado inicial.

19. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios serán libremente designados por **EL ASEGURADO** quien los podrá cambiar en cualquier momento, mediante notificación escrita a **LA ASEGURADORA**.

Cuando ocurra el fallecimiento del **ASEGURADO** sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o haya designado genéricamente como beneficiarios a sus herederos, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el **ASEGURADO** o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge o compañero(a) permanente del **ASEGURADO** en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad.

20. RECLAMACIÓN.

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o cualquiera de los anexos, el beneficiario o **EL ASEGURADO**, según el caso, deberá remitir los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El **ASEGURADO** o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos. **LA ASEGURADORA** tiene el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

El **TOMADOR** o beneficiario, a petición de **LA ASEGURADORA**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

21. AVISO DE SINIESTRO.

En caso de muerte de cualquiera de los **ASEGURADOS**, el **TOMADOR** o el beneficiario deberá dar aviso a **LA ASEGURADORA** dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

22. PAGO DE SINIESTRO.

LA ASEGURADORA pagará al **ASEGURADO** o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

23. DERECHO DE INSPECCIÓN.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del **TOMADOR** que se refieran al manejo de esta Póliza.

24. NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

25. DOMICILIO.

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **LA ASEGURADORA**.

**ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE
ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000109-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO.

Si dentro de la vigencia del presente anexo y como consecuencia de un accidente, como se define a continuación, que dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia produce una lesión que cause la muerte o desmembración del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** pagará, previa comprobación de la ocurrencia del accidente, como indemnización adicional al monto del valor asegurado del amparo básico de vida de la póliza, el valor pactado para este anexo.

Para los efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca la muerte o una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones contenida en la condición cuarta y que se manifieste dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia. No se consideran accidentes aquellos hechos enumerados en la condición segunda de este anexo (exclusiones).

2. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de:

- a) Homicidio o su tentativa.
- b) Muerte, lesión o pérdida causada por arma de fuego, arma contundente o cortopunzante.
- c) Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por el **ASEGURADO** así mismo, ya sea en estado de cordura o demencia, sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario.
- d) Los accidentes causados por violación, por parte del asegurado, de cualquier norma legal.
- e) La participación en competencias de velocidad.
- f) Accidentes que sufra **EL ASEGURADO** como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- g) Accidentes en que el **ASEGURADO**, que sea menor de 25 años, se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas, motonetas o carros a motor (karts).
- h) Intoxicaciones, oclusiones intestinales, rotura de aneurismas e infecciones bacteriales, excepto la que se presente por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.



- i) Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- j) Guerra civil o internacional, motines, huelgas, acciones de movimientos subversivos, actos terroristas o en general, conmociones de cualquier clase.
- k) Fisión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radiactiva.
- l) Encontrarse **EL ASEGURADO** bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- m) Ingestión de veneno o inhalación de gases o vapores en forma accidental o deliberada.
- n) Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o tara, o infecciones bacteriales distintas de las contraídas por lesión corporal accidental.
- o) Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo y fiebre amarilla.
- p) Los accidentes sufridos por **EL ASEGURADO** durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.
- q) Personas que sean miembros de las fuerzas armadas.
- r) Procesos de extracción o de construcción efectuados bajo tierra o sobre/bajo agua.
- s) Industrias químicas u otras industrias en donde se utilicen o fabriquen sustancias tóxicas o explosivas.
- t) Grupo de personas expuestas a acumulación de riesgos por aviación, como personal de empresas de aeronavegación, así como la utilización de aeronaves propiedad de la empresa tomadora o al servicio de ésta. Y viajes aéreos colectivos en que participen varias personas integrantes del grupo asegurado.

3. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

4. TABLA DE INDEMNIZACIONES.

LA ASEGURADORA pagará la indemnización estipulada en este anexo, dentro del mes siguiente al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

• Muerte accidental	La suma principal
• Pérdida de ambas manos o ambos pies	La suma principal
• Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos	La suma principal
• Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo	La suma principal
• Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo	50% de la suma principal

Para efectos de la tabla anterior, se entregará por pérdida lo siguiente:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.

- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de reclamación por alguno de los eventos descritos en la tabla de indemnizaciones se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si un accidente produce la muerte accidental y al mismo tiempo una desmembración solo se pagará la suma asegurada principal.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo de desmembración se descontará del pago a que haya a lugar por el amparo de Muerte Accidental o por el anexo de Incapacidad Total y Permanente (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

5. EXÁMENES MÉDICOS.

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al **ASEGURADO** tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

6. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

7. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 7.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

8. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1.. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 8.2.. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo.
- 8.3.. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado del anexo de incapacidad Total y Permanente si fuera contratado.
- 8.4.. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.
- 8.5.. Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula séptima.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
EDUCADORES PLUS
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000110-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por **EL ASEGURADO**, que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado por el presente anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

- a) Aseo personal: Capacidad para levantarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.
- b) Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.
- c) Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.
- d) Higiene: Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier forma.
- e) Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.
- f) Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por **EL ASEGURADO** sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad.

Dichas lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables serán determinadas con base en la historia clínica por parte del médico designado por **LA ASEGURADORA**.

2. EXCLUSIONES.

Para todos los efectos este amparo no cubre la invalidez total y permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.

3. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo.

4. PÉRDIDA.

Para efectos del presente anexo, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

PARÁGRAFO:

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato del seguro.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

5. RECLAMACIONES.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

Para efectos de la reclamación por este anexo, el asegurado debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que determine pertinentes el médico designado por **LA ASEGURADORA** luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

6. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

7. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 7.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

7. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta (60) años de edad.
- 8.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y de los demás anexos.
- 8.3. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

**ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO
DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000111-00DI**

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPARO.

LA ASEGURADORA, en virtud del presente anexo, pagará al asegurado el valor estipulado en la condición cuarta, cuando éste acredite el diagnóstico únicamente de los siguientes eventos y/o enfermedades, de conformidad con las definiciones contenidas en la cláusula tercera del presente anexo:

- 1.1. Infarto del miocardio
- 1.2. Cáncer
- 1.3. Accidente cerebrovascular
- 1.4. Insuficiencia renal crónica

O el tratamiento médico únicamente de los siguientes eventos y/o enfermedades, de conformidad con las definiciones contenidas en la cláusula tercera del presente anexo:

- 1.5. Cirugía de revascularización miocárdica
- 1.6. Trasplante de órganos vitales

La efectividad del presente amparo se encuentra sujeta a que las enfermedades y/o eventos se manifiesten o sean diagnosticados por primera vez por un médico y confirmados por evidencias clínicas y para clínicas aceptables, dentro de la vigencia del presente anexo y una vez transcurridos los tres (3) primeros meses de vigencia del anexo.

1. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

LA ASEGURADORA no será responsable de los eventos producidos en forma directa o indirecta, total o parcialmente por:

- a) Enfermedad o invalidez derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- b) Tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).



- c) Carcinomas IN SITU, cánceres no invasivos o lesiones premalignas.
- d) Melanomas de piel estadios 1a según la clasificación AJCC de 2022. Carcinomas de células basales de la piel, carcinomas de células escamosas de la piel sin evidencia de metástasis.
- e) Cáncer de cervix uterino, cáncer de próstata temprano estadios t1 (T1A o T1B) incluyendo clasificaciones equivalentes.
- f) Alteración congénita.
- g) Lesión causada deliberadamente por **EL ASEGURADO** a si mismo, estando en su sano juicio o demente, de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.
- h) Enfermedad grave causada directa o indirectamente por adicción al alcohol, sustancias tóxicas o alucinógenas.
- i) Angioplastia, colocación de STENT y/o cualquier otra intervención intraarterial en ausencia de infarto agudo del miocardio, así como, el tratamiento láser, operaciones de válvula, operación por tumoración intracardiaca.
- j) Los episodios de angina inestable o la sospecha de infarto agudo del miocardio que no sea demostrable.
- k) El infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal producto de traumatismo externo, accidente isquémico transitorio (AIT).
- l) Las diálisis temporales y los cuadros de insuficiencia renal no terminal que no requieran diálisis regular o permanente.

3. DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

3.1 Infarto del miocardio

Primer evento de Infarto Agudo de Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe basarse en:

- a) Historia de dolor torácico típico.
- b) Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- c) Elevación significativa de las enzimas cardiacas Creatinin Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatinin Fosfoquinasa en más del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo de Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación significativa en las enzimas cardíacas, conforme a lo definido en el numeral anterior, literal c. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del segmento ST del Electrocardiograma, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardiacas conforme a lo descrito en el numeral anterior, los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo de Miocardio reciente.



En caso de duda en el diagnóstico **LA ASEGURADORA** puede, a su costa realizar al **ASEGURADO** nuevos estudios de Ecocardiografía y de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto.

3.2. Cáncer

Enfermedad manifestada por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y su invasión a otros tejidos. El término cáncer también incluye:

3.2.1. Las leucemias en sus diversos subtipos.

3.2.2. Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a I.

3.2.3. Cáncer de piel por melanomas malignos en estadios avanzados (clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.

3.2.4. El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir, que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte istopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.

3.2.5. El cáncer de seno cuando se considere invasivo por hallazgos istopatológicos.

3.3 Accidente cerebrovascular.

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de veinticuatro (24) horas y que persista no menos de tres (3) meses, independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

3.4 Insuficiencia renal crónica.

Estado de falla renal terminal debido a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.

3.5 Cirugía de revascularización miocárdica.

Intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias, mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios, realizados por técnica de tórax abierto o cirugía mínimamente invasiva de tórax tipo toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo, según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico, deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.

3.6 Trasplante de órganos vitales.

En caso de existir indicación médica de trasplante, en calidad de receptor de alguno de los siguientes órganos vitales: Corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea y ser candidato para la realización inmediata del mismo, **LA ASEGURADORA** podrá, previa solicitud del **ASEGURADO/BENEFICIARIO**, desembolsar a la Institución de Salud indicada el valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves para el cubrimiento del trasplante, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 3.6.1. Que la indicación del trasplante sea certificada por un grupo médico especializado en la materia. La información y la historia médica deberán estar a disposición de **LA ASEGURADORA**.
- 3.6.2. Que el procedimiento sea realizado en una institución acreditada y aprobada para realizar este tipo de procedimientos y cuente con el grupo médico y la tecnología necesaria.
- 3.6.3. Que el **ASEGURADO** autorice por escrito y de manera libre y espontánea a **LA ASEGURADORA** a realizar el desembolso del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, directamente a la institución de salud que realizará el trasplante.

Si existiera algún excedente del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves una vez realizado el pago a la Institución de Salud que el **ASEGURADO** indicó, dicho excedente será pagado al **ASEGURADO**. El pago realizado por **LA ASEGURADORA** no implica responsabilidad por gastos médicos y/o quirúrgicos que excedan el valor **ASEGURADO** alcanzado en el presente anexo, ni implica responsabilidad respecto de los resultados médicos del procedimiento.

4. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma que **LA ASEGURADORA** pagará por concepto del presente anexo en caso de enfermedad grave, será del 50% del valor asegurado correspondiente al amparo de Vida alcanzado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

PARÁGRAFO.

La indemnización por enfermedad grave es excluyente con el pago del anexo de incapacidad total y permanente, si hubiere sido contratado y no es acumulable a la indemnización por el amparo básico de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente anexo, dicha suma será deducida del valor a indemnizar por el amparo básico de vida o del anexo de incapacidad total y permanente, en el caso de haber sido contratado.

En consecuencia, el valor asegurado para el amparo básico de vida se reducirá en la misma proporción que existe entre el valor indemnizado por concepto del anexo de enfermedades graves y el valor asegurado restante del amparo básico de vida, con la consecuente disminución de las primas a pagar.

5. LÍMITE DEL BENEFICIO.

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la Cláusula Tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y confirmadas por evidencias clínicas y para clínicas, habiendo transcurrido por lo menos tres meses desde la iniciación de la vigencia del presente anexo.

6. RECLAMACIONES.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

Para efectos de la reclamación por este anexo, el asegurado debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que determine pertinentes el médico designado por **LA ASEGURADORA** luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

7. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

8. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 8.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 8.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

9. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 9.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 9.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo.
- 9.3. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado.
- 9.4. Por cualquier causal de terminación del seguro principal.
- 9.5. Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula octava.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

ANEXO DE RENTA DIARIA
16/02/2018-1407-A-34-GR-000000000103-00DI

NO.SOLC/CERTIF.

Por convenio expreso entre **LA ASEGURADORA** y **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, que debe constar en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en estas condiciones particulares, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

1. AMPAROS.

1.1. Renta diaria por hospitalización.

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, ocurrido en territorio colombiano, no preexiste en el momento de la expedición del anexo, y conforme con las definiciones contenidas en la condición cuarta del mismo, **EL ASEGURADO** deba ser hospitalizado, **LA ASEGURADORA** pagará el valor asegurado estipulado en la tabla de coberturas del certificado individual, en calidad de renta por hospitalización, de la siguiente forma:

- 1.1.1 Se pagará a partir del segundo día corriente de hospitalización y hasta el día treinta (30), con un máximo de treinta (30) días al año, siempre y cuando el contrato de seguro se encuentre vigente.
- 1.1.2 El número de días de cobertura se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones y se establecerá únicamente en cada renovación de este anexo
- 1.1.3 No es objeto de cobertura la hospitalización domiciliaria.

1.2. Renta diaria por incapacidad post hospitalaria.

Si al momento de la salida de la hospitalización, al **ASEGURADO** le es ordenado un período de incapacidad adicional que le de continuidad a la hospitalización y/o sea consecuencia directa de la misma, se le reconocerá el valor asegurado estipulado en la tabla de coberturas por cada día de incapacidad que le sea ordenado por la institución de salud, sin sobrepasar un máximo de seis (6) días por evento y por anualidad.

La suma asegurada se restablecerá en cada renovación de este anexo, bajo las mismas condiciones de la cobertura de renta diaria por hospitalización.

2. EXCLUSIONES DEL ANEXO.

Este anexo no cubre la renta diaria por hospitalización o por incapacidad post hospitalaria ocasionada como consecuencia de:



- a) Cualquier tratamiento de carácter estético o cirugía plástica o reconstructiva, siempre y cuando no sea consecuencia de un accidente objeto de cobertura de la póliza y sus anexos.
- b) Tratamientos de infertilidad, fecundación in vitro, fertilización, pruebas genéticas, planificación familiar, anticoncepción, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, cambio de sexo parcial o total y tratamientos de esterilización o su reversión.
- c) Tratamientos hospitalarios derivados o que se relacionen de forma directa o indirecta con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que no se haya desarrollado SIDA.
- d) Enfermedades congénitas o padecidas antes del ingreso a la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- e) Secuelas (enfermedades o lesiones) de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- f) Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- g) Eventos ocurridos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- h) Encontrarse **EL ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heróicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- i) Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.
- j) Tratamientos médicos por problemas de drogadicción, alcoholismo, trastornos o alteraciones psicológicas o psiquiátricas.
- k) Hospitalización por tratamientos odontológicos.
- l) Tratamientos para adelgazar.
- m) Cualquier hospitalización que tenga origen o sea consecuencia de la participación del **ASEGURADO** en una actividad delictiva.
- n) Hospitalización domiciliaria en el caso del amparo de la renta diaria por hospitalización.

3. PERÍODOS DE CARENCIA.

LA ASEGURADORA reconocerá la renta diaria por la hospitalización o la incapacidad post hospitalaria derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertas por la póliza, no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en este anexo:

- a) Enfermedad coronaria
- b) Cálculos biliares (en la vesícula)
- c) Cálculos urinarios o renales
- d) Cistocele o Rectocele
- e) Hernias de cualquier tipo
- f) Miomatosis uterina (miomas)
- g) Várices
- h) SIDA

4. DEFINICIONES.

Para efectos de este anexo se entiende por:

4.1. Accidente.

El hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca lesión corporal.

4.2. Asegurado.

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura en el presente anexo.

4.3. Asegurado Principal.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y que tiene con el **TOMADOR** un vínculo distinto al de la contratación del seguro.

4.4. Enfermedad.

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

4.5. Hospitalización.

Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas.

4.6. Indemnización.

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar la **ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del presente anexo y del contrato de seguro.

5. SUMA ASEGURADA.

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado, el cual se establece en Certificado Individual de Seguro correspondiente y para cada uno de los amparos del presente anexo.

6. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

En caso de que la póliza y/o este anexo no sea renovado a la fecha de la terminación de su vigencia y, el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir la renta diaria por hospitalización definida en la condición primera, generada por la hospitalización en curso y hasta la fecha de terminación del contrato vigente; por lo tanto, las rentas diarias por hospitalización que se causen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato, no estarán cubiertas aunque se deriven de una enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

7. NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso del siniestro cubierto por este anexo, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente anexo, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

8. RECLAMACIONES.

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en el presente anexo, **EL ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

EL ASEGURADO autoriza a **LA ASEGURADORA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente del presente anexo cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella, se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

9. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

10. REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 10.1.** Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.
- 10.2.** Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes ni anula tal revocación; en todo caso

cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

11. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 11.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 11.2.** Por cualquier causal de terminación del seguro principal.
- 11.3.** Por revocación del anexo, de conformidad con la cláusula Décima del presente anexo.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA PÓLIZA EDUCADORES PLUS

1. OBJETO.

En virtud del presente anexo, Compañía de Seguros Bolívar S.A., a través de su proveedor **ASISTENCIA BOLIVAR S.A.**, se obliga a poner a disposición del afiliado el servicio de asesoría jurídica telefónica de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones y definiciones previstos en este anexo.

Se especifica que el servicio sólo tiene cobertura para residentes en el territorio colombiano y se referirá exclusivamente a cuestiones jurídicas de Derecho interno colombiano.

Los servicios se solicitarán exclusivamente a través de la RED322 a los siguientes números telefónicos: Desde cualquier lugar del país al 01 8000 123322, en Bogotá al 3 122 122, o desde Celular #322.

2. DEFINICIONES.

Para el efecto del presente anexo, los siguientes términos se entenderán en el siguiente sentido:

Afiliado: **EL TOMADOR, ASEGURADO** o beneficiario de la póliza contratada con **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** la que en adelante se denominará Póliza y a la cual se adhiere el presente anexo.

Consulta: Opinión, juicio o valoración telefónica que se solicita sobre un tema jurídico de derecho interno colombiano específico.

3. SERVICIOS ESPECÍFICOS DE ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. brindará al afiliado Asesoría Jurídica Telefónica gratuita a través de su red de proveedores, cuando el afiliado requiera los servicios de consultoría legal en materia de derecho de familia, civil y tributario, de conformidad con las definiciones que se señalan más adelante.

El servicio sólo cubre consultas jurídicas que tengan relación con el desarrollo de la vida personal y familiar ordinaria. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil.

Las áreas del Derecho y los temas cubiertos son los siguientes:

Derecho de familia: Incluye todo aspecto legal relacionado con la formación de las relaciones familiares, tales como el matrimonio y la adopción, y de la disolución de estas relaciones, tales como: divorcio, manutención de hijos menores, custodia de los hijos, visitas de hijos menores, derechos de los padres y violencia doméstica.



Derecho civil: Incluye todo aspecto legal relacionado con las relaciones personales o patrimoniales entre personas, tales como: contratos de arrendamiento, cobros de cánones de arrendamiento, comunidad de vecinos, propiedad horizontal y reclamación de daños.

Derecho Tributario: Relacionado con los ingresos y la importancia de declarar lo percibido versus lo invertido y por ende los impuestos que le competen, tales como Declaración de renta, impuestos, sucesiones.

4. EXCLUSIONES.

- 4.1.1.1. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil o de naturaleza penal.
- 4.1.1.2. En ningún caso y bajo ninguna circunstancia los servicios de asesoría jurídica telefónica incluyen acompañamientos ni actuaciones en fase prejudicial, ni judicial ante juzgados o tribunales, ni incluyen adelantar procesos de cualquier clase o índole a nombre del afiliado.
- 4.1.1.3. **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** no planteará, ni formulará, ni adelantará, ni pagará, ni se hace responsable de cualquier acción judicial que el afiliado adelante o enfrente contra cualquier persona natural o jurídica.
- 4.1.1.4. Del servicio de Asesoría en Derecho Laboral se exceptúa, el asesoramiento en controversias donde una de las partes sea **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** o cualquiera de las compañías vinculadas y pertenecientes al Grupo Bolívar.
- 4.1.1.5. **COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** se libera de cualquier responsabilidad por perjuicios o daños originados en servicios de asesoría jurídica que el beneficiario haya contratado por su cuenta, sin el uso del canal oficial de solicitud del servicio, y sin el previo consentimiento de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.**

5. SOLICITUD Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

En caso de que el afiliado necesite asesoría jurídica telefónica según lo estipulado por el presente anexo, el afiliado deberá solicitar los servicios de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** a la línea de Servicio al Cliente de la RED322 a la cual se encuentra adscrito, desde cualquier lugar del país al 018000123322, en Bogotá al 3 122 122 o desde celular #322 indicando el nombre y la cédula o NIT del afiliado y el tipo de asistencia que requiere.

6. RESPONSABILIDAD DE ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. y **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** quedan eximidas de responsabilidad cuando por caso fortuito o fuerza mayor o por decisión autónoma del afiliado o sus representantes, no puedan efectuar cualquiera de las asesorías específicamente previstas en este anexo.

Así mismo, **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** queda liberada de todo compromiso cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación que no le sean imputables.

7. AUTONOMÍA DEL ANEXO.

Este anexo es autónomo e independiente de la Póliza expedida por **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** a la cual se adhiere; por lo tanto, la prestación de servicios de **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** en ningún momento condiciona, limita o modifica la cobertura que el seguro ofrece, ni implica el reconocimiento de obligaciones o la aceptación de reclamos por parte de **LA ASEGURADORA.**

8. AUTORIZACIÓN.

El afiliado autoriza a **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** a grabar en cualquier momento las conversaciones telefónicas entre **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.** y el afiliado y/o beneficiario; en consecuencia de esto la grabación tendrá valor probatorio entre las aportes en lo referido a la ejecución de este anexo.

9. VIGENCIA.

La vigencia del presente anexo será la misma de la Póliza a la cual accede.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 59 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE MODIFICACION**

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294602

Certificado: 1 **N°:** 013

Fecha de Expedición: 30/03/2022

**BENEFICIARIOS**

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ -54,000,000	\$ -25,466
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ -54,000,000	\$ -4,228
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ -54,000,000	\$ -8,456
ULTIMOS GASTOS	\$ -3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ -1,755,606	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ -54,000	\$ -3,645
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ -27,000	\$ -1,458

TOTAL PRIMA**\$ -43,253****OTROS BENEFICIOS**

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ -48,060
TOTAL A PAGAR	\$ -48,060
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

 **NOTA IMPORTANTE** El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.



Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
DIRECCIÓN: CL 7 15 78 BARRIO SENTENARIO
CIUDAD: ZARZAL-VALLE DEL CAUCA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: GOBERNACION EL VALLE DEL CAUCA

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: GERSAIN RODRIGUEZ POSADA
IDENTIFICACIÓN: 6559901
EDAD: 59 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE MODIFICACION**

Póliza Principal N°: 2570000759501

Póliza N°: 2570300294602

Certificado: 2 **N°:** 014

Fecha de Expedición: 27/04/2022

**BENEFICIARIOS**

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JULIA AGUDELO SERNA	CONYUGE	40
JOSE LUIS RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30
NAZLY RODRIGUEZ PATINO	HIJO	30

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 54,000,000	\$ 25,466
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 54,000,000	\$ 4,228
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 54,000,000	\$ 8,456
ULTIMOS GASTOS	\$ 3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ 1,755,606	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 54,000	\$ 3,645
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ 27,000	\$ 1,458

TOTAL PRIMA**\$ 43,253****OTROS BENEFICIOS**

ASISTENCIA JURIDICA

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 48,060
TOTAL A PAGAR	\$ 48,060
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$ 576,720
---	-------------------

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Firma Representante Legal

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA SUBSANADA Y EXCEPCION PREVIA/ 110014003-022-2022-01269-00 / DEMANDANTE. NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ PATIÑO Y JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ PATIÑO

JAIME HERNANDEZ <hernandezchavarroasociados@gmail.com>

Miércoles 13/09/2023 3:56 PM

Para: Juzgado 22 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl22bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: jose.rodriguez3981@correo.policia.gov.co <jose.rodriguez3981@correo.policia.gov.co>; asesorjuridico18 <asesorjuridico18@gep.com.co>; jorge alberto muñoz alfonso <jorgealberto.munozalfonso@hotmail.com>

 15 archivos adjuntos (18 MB)

Gmail - REMITO PODER RAD 11001-40-03-022-2022-01269-00 NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ PATIÑO.pdf; PODER COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR.pdf; 01.09.2023 SFC Certificado de Existencia y Representación Legal Compañía de Seguros Bolívar.pdf; 01.09.2023 Certificado de Existencia y Representación Legal Compañía de Seguros Bolívar.pdf; CARTA BOLIVAR 26 DE ABRIL 2022.pdf; CARTA BOLIVAR OIV-39257-1 03 FEBRERO 2022.pdf; CARTA BOLIVAR OIV-39257-1 04 FEBRERO 2022.pdf; DECLARACION_GERSAIN RODRIGUEZ POSADA.pdf; DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.pdf; CARTA DE BOLIVAR DNI-OIV-42977-1 23 MARZO 2022.pdf; CONCEPTO MEDICO DRA DIANA GOMEZ.pdf; HISTORIA CINICA 06012022.pdf; Pólizas y certificados GERSAÍN ROD.pdf; CONTESTACION A LA DEMANDA NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ .pdf; EXCEPCIÓN PREVIA NAZLY JULIETH R.pdf;

JUEZ VEINTIDÓS (22) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

E-mail: cmpl22bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

REFERENCIA. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

RADICACIÓN. 110014003-022-2022-01269-00

DEMANDANTE. NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ PATIÑO Y JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ PATIÑO

DEMANDADO. COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASUNTO. CONTESTACIÓN A LA DEMANDA SUBSANADA Y EXCEPCIÓN PREVIA.

JAIME ENRIQUE HERNÁNDEZ PÉREZ, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 79.938.138 expedida en Bogotá D.C., acreditado con la tarjeta profesional de abogado número 180.264 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** ("BOLÍVAR"), con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., sociedad comercial vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente por el doctor **ALLÁN IVÁN GÓMEZ BARRETO**, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 79.794.741 expedida en Bogotá, procederé a contestar la demanda subsanada incoada por NAZLY JULIETH RODRÍGUEZ PATIÑO y JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ PATIÑO y formulación de excepción previa dentro del proceso de la referencia, para que procesalmente se disponga lo pertinente.

Cordial saludo,

Jaime Enrique Hernández Pérez
Apoderado COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Móvil (57) 317 432 01 75
Calle 127 Bis No. 88-10 Int. 1 Oficina 501
Bogotá, Colombia.

