



3532197588201

Beneficiarios: *Beneficiarios* *Beneficiarios*



122

No. solicitud / certificado
1975882

**SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE SEGUROS DE VIDA GRUPO**

No. Póliza
Davivienda GR-50000
Evento Libranza GR-144751

Tomador BANCO DAVIVIENDA S.A.	Producto 721	Localidad Pácora	Código funcionario 1060267376	Código oficina venta 0853	Diferido No. de cuotas para tarjeta de crédito
Periodicidad pago <input checked="" type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input checked="" type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	Tipo de cuenta 085300024901		No. cuenta o tarjeta de crédito		Fecha de vencimiento T.C.

Nombre del asegurado principal Jesus Maria Parra Hernandez		Fecha de nacimiento 1956 03 12	Tipo de documento XCC. C.E. T.I.	No. Documento de identidad UU77805
Sexo F	Ocupación Agricultor	Nombre EPS Asmet Salud	Nombre medicina prepagada No tiene	Teléfono oficina No tiene
Teléfono residencia 314 8886215	Ciudad Pácora	Departamento Caldas	Dirección Ver El Castillo Finca Labradores	

Nombre del cónyuge (segundo asegurado)		Fecha de nacimiento	Tipo de documento C.C. C.E. T.I.	No. Documento de identidad
Sexo F	Ocupación	Teléfono oficina		

Certificamos

- Que el tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., la póliza de seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A., aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(s) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de quince (15) días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el (los) seguro(s) del (los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud-Certificado.

> Valor asegurado tanto para el principal como para el cónyuge

Amparos	Opción 60	Opción 61	Opción 62	Opción 63	Opción 64	Opción 65
Vida	\$80.000.000	\$70.000.000	\$60.000.000	\$50.000.000	\$40.000.000	\$13.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental con beneficios por desmembración	\$80.000.000	\$70.000.000	\$60.000.000	\$50.000.000	\$40.000.000	\$13.000.000
Incapacidad Total y Permanente	\$80.000.000	\$70.000.000	\$60.000.000	\$50.000.000	\$40.000.000	\$13.000.000

De común acuerdo entre las partes queda establecida la vigencia del presente contrato así: Fecha de expedición y vigencia desde **2014 07 11** a las 4:00 p.m. Vigencia hasta **2015 07 11** a las 4:00 p.m.

> Beneficiarios asegurado principal

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Teresa Ruiz Ospina	Conyugue		90
Maria Omaira Parra Manrique	Hija		10

> Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%

Amparos	Asegurado	Edad	Prima (\$)
Vida, muerte accidental y beneficios por desmembración, incapacidad total y permanente.	Asegurado principal Cónyuge (segundo asegurado)	58	841.200
			Prima total (\$) 841.200

Autorización de descuento:
Como asegurado de la póliza de grupo por el valor del seguro anotado en la presente Solicitud - Certificado: Autorizo al Tomador para que de acuerdo con mi edad y según la periodicidad de pago señalada en esta solicitud, haga el cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito citada, según la tabla de primas. Para tal fin, me obligo a mantener disponibles, en dicha cuenta, los fondos suficientes para cubrir el importe de la prima.

Importante: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente Solicitud - Certificado no tendrá validez alguna hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar el importe de la prima.

Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad hasta un valor asegurado acumulado (vida + muerte accidental) máximo de \$160.000.000.

20

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra 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 base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

Importante:

- No firme si antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).
- No firme sin antes recibir el clausulado.

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Jesus Leonida Parra

Asegurado principal

C.C. No. 4477805

Cónyuge

C.C. No.

NOTA: si el cónyuge no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.



Huella índice derecho del asegurado principal

[Signature]

Representante legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

[Signature]

Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.



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





PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO EN UNIDADES DE VALOR REAL - UVR

CONDICIONES GENERALES

La Compañía de Seguros Bolívar S. A., que en el presente contrato se llamará "LA COMPAÑÍA", en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por "EL TOMADOR" y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada al recibo 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.

Forman parte de este contrato las cláusulas adicionales, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente seguro.

En lo no previsto por esta póliza los derechos y obligaciones emanadas de este contrato se rigen por lo previsto en el Código de Comercio.

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO BÁSICO.

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA CUBRE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL RIESGO DE MUERTE DE LOS ASEGURADOS.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES.

DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a) SUICIDIO. SI CUALQUIER ASEGURADO SE QUITARE LA VIDA ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE O EN CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA.

123

27

Vida Grupo Negocios Davivienda

- b) VIH POSITIVO-SIDA.
MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

TRANSCURRIDO ESTE PLAZO, TANTO EL EVENTO DE SUICIDIO COMO EL DE MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON VIH POSITIVO O SIDA DEL ASEGURADO ESTÁN AMPARADOS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EL DIAGNÓSTICO DEL VIH POSITIVO O SIDA, SI ES EL CASO, HAYA SIDO POSTERIOR A LA FECHA DE INGRESO A LA POLIZA.

CONDICIÓN TERCERA. EL TOMADOR.

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CONDICIÓN CUARTA. GRUPO ASEGURABLE.

Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan Personería Jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

CONDICIÓN QUINTA. VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor en la fecha prevista en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la prima del primer período, y el documento no haya sido rechazado por La Compañía por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

La Compañía se reserva la facultad de fijar períodos de inclusión de nuevos Asegurados.

CONDICIÓN SEXTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere ésta póliza si cumple con los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de 12 años para mujeres y mayor de 14 años para hombres.
- b) No ser mayor de 70 años.
- c) Todos los demás requisitos que La Compañía exija.

CONDICIÓN SÉPTIMA. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 1138 y 1056 del Código de Comercio, La Compañía limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicada en la solicitud de esta póliza, en el momento de expedir él o los seguros.

CONDICIÓN OCTAVA. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

El valor del Seguro de cada persona asegurable se calculará de acuerdo con el sistema que se indica a continuación:

El valor asegurado en todo momento se calcula multiplicando el monto asegurado expresado en "UVR" según la cotización del día del ingreso a esta póliza, por el valor del "UVR" correspondiente en la fecha de cálculo.

CONDICIÓN NOVENA. CÁLCULO DE LA PRIMA.

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual expresado en "UVR" en el momento de ingresar a esta póliza por el valor del "UVR" según la cotización del día que se realice el cálculo de la prima, aplicando la tarifa registrada en la Superintendencia Financiera, sin perjuicio de la posibilidad que asiste a La Compañía de determinar la prima por el sistema de Tasa Promedio en grupos asegurados superiores a doscientas (200) personas. Para edades inferiores a veinte (20) años, se aplicará la tasa que corresponde a la edad veinte (20). Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata con base en los factores anteriores.

CONDICIÓN DÉCIMA. PAGO DE PRIMAS.

El Tomador es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera 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 contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral o trimestral, y de quince (15) días cuando las primas sean pagaderas mensualmente. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro, La Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando la presente Póliza de Vida Grupo tenga el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le

corresponde al asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago de la prima a La Compañía.

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS:

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales aplicando para ello el factor de 0.5375, 0.2787 y 0.0954 respectivamente.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Si el Tomador da aviso por escrito a La Compañía para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por La Compañía o en la fecha especificada por el Tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, y el Tomador será responsable de pagar a La Compañía todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. El asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE (ART. 1058 C. CO.)

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, 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 ha 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, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, 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.

125

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

PARÁGRAFO: La Compañía tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el tomador o el asegurado haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. 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 o el asegurado.
- e) En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que el asegurado cumpla 70 años de edad.
- f) Cuando La Compañía cancele la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente.
- g) Cuando en el momento de la renovación, el grupo esté desintegrado por ser el número de miembros menor al permitido.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. RENOVACIÓN.

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento, no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado sin perjuicio de lo estipulado en la Condición Décima de la presente Póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. CONVERTIBILIDAD.

Los Asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados por el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo liquidada de acuerdo con la cotización del "UVR" en esa fecha, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite La Compañía con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del Grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el asegurado y a su ocupación en la fecha de la solicitud.

En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la Póliza de Grupo y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

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

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de La Compañía, 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 Compañía, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b). del presente numeral.

126

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. EDADES DESCONOCIDAS.

Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad de cuarenta (40) años y en el certificado de seguro ó recibo correspondiente se advertirá al asegurado que su prima se liquidó con tasa de cuarenta (40) años por desconocerse su edad real.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

La Compañía expedirá para cada asegurado un certificado individual en aplicación a esta póliza En caso de cambio de valor asegurado; modificación de amparos, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior, el cual quedará sin efecto.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El beneficiario puede serlo a título gratuito o a título oneroso. Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento y cuando sea a título oneroso se requerirá el consentimiento del beneficiario, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a La Compañía.

En el evento en que el beneficiario sea a título gratuito y ocurra el fallecimiento del asegurado sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el asegurado o se ignore cual de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad. Si el beneficiario es a título oneroso y el asegurado muere simultáneamente con el beneficiario, serán beneficiarios del seguro únicamente los herederos del beneficiario.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. RECLAMACIÓN.

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, 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.

El Tomador o beneficiario, a petición de La Compañía, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de ésta obligación, La Compañía podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. AVISO DE SINIESTRO.

En caso de muerte de cualquiera de los asegurados, el tomador o el beneficiario deberá dar aviso a La Compañía dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. PAGO DE SINIESTRO.

La Compañía 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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. DERECHO DE INSPECCIÓN.

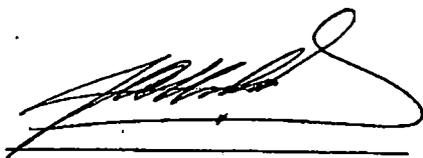
La Compañía se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de ésta póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA.- 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 Compañía.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

127

ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en unidades de Poder Adquisitivo Constante (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

01012006-1407-N-34-GR_009

CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA UNA LESIÓN CORPORAL QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES Y QUE SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DIAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA. NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES AQUELLOS HECHOS ENUMERADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE ESTE ANEXO, QUE HACE REFERENCIA A LAS EXCLUSIONES.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES:

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

- a) HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- b) MUERTE LESIÓN O PERDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPÚNZANTE.
- c) SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- d) LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- e) 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.

22

Vida Grupo Negocios Davivienda

- g) ACCIDENTES EN QUE EL PASAJERO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR (KARTS).
- h) CUALQUIER SUCESO QUE GENERE HERNIAS.
- i) INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMA E INFECCIONES BACTERIALES EXCEPTO LA QUE SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR EL ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.
- j) TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA, O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
- k) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- l) FISIÓN NUCLEAR Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- m) 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.
- n) INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
- o) ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, O INFECCIONES BACTERIALES DISTINTAS DE LAS CONTRAIDAS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
- p) LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA, ETC.
- q) LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLOS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.

NOTA: ESTAS EXCLUSIONES NO SE APLICAN PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA QUE SOLO TIENE COMO EXCLUSIONES EL SUICIDIO Y EL VIH POSITIVO O SIDA, DE LOS CUALES SE HABLA EN LA CONDICIÓN GENERAL SEGUNDA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

128

CONDICIÓN TERCERA. TABLA DE INDEMNIZACIONES.

La Compañía pagará la indemnización estipulada en este anexo, 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
Por pérdida de ambas manos o ambos pies	La suma principal
Por pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos	La suma principal
Por 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

CONDICIÓN CUARTA. PÉRDIDA.

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente con respecto de:

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

CONDICIÓN QUINTA. DEDUCCIONES.

- a) Cuando como consecuencia de un accidente ocurra al mismo tiempo la muerte del asegurado y alguna de las pérdidas contempladas en la tabla de indemnizaciones, La Compañía sólo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.
- b) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, falleciere el asegurado, subsistirá el amparo de muerte accidental en la diferencia.
- c) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, el asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, lo pagado por el presente amparo se deducirá de lo que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente si lo hubiere.

128

CONDICIÓN SEXTA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

CONDICIÓN SÉPTIMA. SUMA PRINCIPAL.

Conforme se emplea aquí significará el valor asegurado individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo. La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo, será igual o inferior al valor pactado-aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo o Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR). Bajo ninguna circunstancia La Compañía pagará a cada asegurado una indemnización superior a dicho valor asegurado. El asegurado que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente anexo, quedará automáticamente excluido de él.

CONDICIÓN OCTAVA. RECLAMACIONES.

Para que La Compañía pague la indemnización por el presente anexo el asegurado o beneficiario deberá acreditar fehacientemente la ocurrencia del siniestro. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN NOVENA. INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE.

El Tomador, asegurado o beneficiario se comprometen a dar aviso a La Compañía de todo accidente de cualquiera de los asegurados que pudiere dar lugar a la reclamación bajo el presente anexo, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida el aviso se dará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que se haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICIÓN DÉCIMA. - EXÁMENES MÉDICOS.

La Compañía podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado lo manifieste por escrito.

El hecho de que La Compañía haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anular tal revocación.

Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. CONVERTIBILIDAD.

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

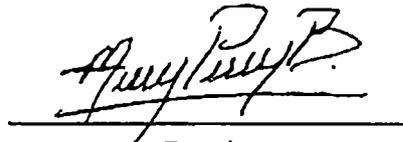
EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____ en Bogotá D.C.

NOTA: En la condición novena del anexo de indemnizaciones por muerte accidental y beneficios por desmembración los días a los que se refiere son hábiles.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN 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 OCACIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTÍNUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARA 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 REQUERIRA QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTÍNUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

CONDICIÓN SEGUNDA. PÉRDIDA.

Conforme se emplea aquí significa con respecto de:

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

CONDICIÓN TERCERA. SUMA ASEGURADA.

La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo será igual o inferior al valor pagadero aceptado por La Compañía en el Seguro de Vida Grupo del Asegurado Incapacitado.

Cuando el presente anexo haga parte de una Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR), la suma que la Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo,

130

sera igual o inferior valor pagadero aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) del Asegurado Incapacitado.

CONDICIÓN CUARTA. DEDUCCIONES.

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al Amparo de Vida y , por lo tanto, una vez pagada, la indemnización por dicha incapacidad, La Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al Amparo de Vida del asegurado incapacitado.
- b) Si la póliza en la cual se inicie este anexo contiene además el Anexo de indemnización por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración y en virtud de él y como consecuencia del mismo accidente La Compañía ha efectuado algún pago , dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

CONDICIÓN QUINTA. RECLAMACIONES.

Para que La Compañía pague la indemnización correspondiente a una incapacidad Total y Permanente, el asegurado deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN SEXTA. CONVERTIBILIDAD.

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

CONDICIÓN SÉPTIMA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

CONDICIÓN OCTAVA. EXÁMENES MÉDICOS.

La Compañía podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

CONDICIÓN NOVENA. REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado expresamente lo manifieste por escrito.

Vida Grupo Negocios Davivienda

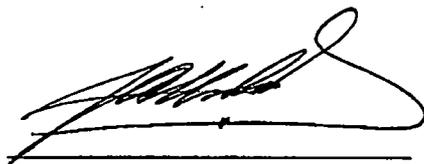
El hecho de que La Compañía haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación y cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

CONDICIÓN DÉCIMA. CONVERTIBILIDAD.

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

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____
en Bogotá D.C.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

SEGUROS BOLÍVAR



B1

DNI-SV- 5742977

Bogotá, 07 de Julio de 2016

Señor

Jesús María Parra Hernandez

Instituto 3N - 12

Teléfono: 3148886215

Pácora, Caldas

Referencia: Asegurado : Jesús María Parra Hernandez
 Reclamo : 3532/83
 Póliza : GR-50.000

Apreciado Señor:

En atención al reclamo que nos ha presentado, por el anexo de Incapacidad Total y Permanente, al respecto lamentamos informarle 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.

Así, la solicitud de Seguro en que se declara el estado de salud, determina la validez del consentimiento de la Aseguradora, pues es con base en la buena fe del Asegurado que se otorgan los amparos destinados a proteger una vida que se ha descrito con ciertas características de quien solicitó la protección.

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, 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:

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N. 68B-31 • Tel. 341 00 77 • Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com



SEGUROS BOLÍVAR



DNI-SV- 5742977 - 2

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

"

- 1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.*
- 2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.*
- 3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud. "*

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 desde antes de ingresar a la póliza ya se le había diagnosticado Hipertensión Arterial, para lo que había recibido tratamiento médico; 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.

Por lo anterior la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen el contrato de seguro y lamentablemente debe negar el pago solicitado.

De igual manera deseamos manifestarle nuestra intención para que de común acuerdo lleguemos a una solución y así dar por terminado el Contrato de Seguro; por lo tanto le solicitamos comunicarse con nosotros al teléfono 3410077 Ext. 98917, para recibir mayor información al respecto.

Esto pues lamentablemente, de acuerdo con la disposición legal expresa en el artículo 1159 del Código de Comercio, la Compañía no puede terminar unilateralmente el contrato de seguro por lo que esta Aseguradora se verá obligada a iniciar un proceso ante la Justicia Ordinaria para que sea declarada la nulidad del Contrato de Seguro.

Atentamente

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE INDEMNIZACIONES
SEGUROS DE VIDA**

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N. 68B-31 • Tel. 341 00 77 • Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com





132

DNI-SV- R-5742977
Bogotá, Diciembre 28 de 2016

Señor
JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Calle 64 A NO. 21-50 Oficina 405 Edificio Portal del Caribe Torre Empresarial
Teléfono: 8894848
Manizales, Caldas

Ref.: Póliza: GR- 3532197588202
Reclamo: 35320000083
Asegurado: **JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ C.C. 4.477.805**

Cordial saludo:

Nos referimos a la comunicación recibida, con la cual presenta solicitud de reconsideración de la objeción al pago de la indemnización por el anexo de incapacidad total y permanente del señor Parra Hernandez; nos permitimos informar lo siguiente:

El señor Jesús Maria Parra contrato la Póliza de vida grupo GR-3525101533202 que inicio vigencia el 29 de julio de 2015, dicha póliza cuenta con las coberturas de vida, muerte accidental y beneficios por desmembración e incapacidad total y permanente con un valor asegurado de \$60.000.000.

-Póliza 3532197588202 la cual inicio vigencia el 11 de julio de 2014, dicha póliza cuenta con las coberturas de vida, muerte accidental y beneficios por desmembración e incapacidad total y permanente con un valor asegurado de \$50.000.000.

El 20 de abril de 2016 se recibió reclamación por el anexo de incapacidad total y permanente del señor parra Hernandez, luego de realizar el estudio correspondiente, por medio de comunicación DNI-SV-5742977 del 07 de julio de 2016 se informó la objeción al pago indemnizatorio por reticencia en la información; toda vez que el Asegurado desde antes de contratar el seguro y firmar las declaraciones de asegurabilidad ya contaba con el diagnostico de Hipertensión Arterial desde el 17 de junio de 2008 para lo que había recibido tratamiento médico, circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento suscribir la declaración de asegurabilidad, lo cual genera la nulidad del contrato de seguro.

Tal y como se evidencia en la historia clínica del Asegurado, el señor Parra Hernandez omitió el deber de informar su verdadero estado de salud al contratar el seguro, en este sentido el artículo 1058 del Código de Comercio el cual hace referencia a la inexactitud en la declaración del estado del riesgo y la obligación de declarar según el cuestionario propuesto por la Compañía es claro que **al Asegurado le corresponden aquellas obligaciones que no pueden ser cumplidas más que por él mismo, toda vez que solo él podrá declarar en forma fidedigna sobre su estado de salud, en consecuencia la declaración de asegurabilidad deben ser suscritas directamente por el Asegurado.**



SEGUROS BOLÍVAR



Por otro lado, en la parte final de la declaración de Asegurabilidad se informó:

"Importante:

No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.

Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts. 1058 y 1158 de Código de comercio)...".

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el Tomador tiene el deber de informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; con base en esta información es que el Asegurador otorga su consentimiento, ya que no está obligado a controlar la fidelidad de la declaración ni a practicar examen alguno que corrobore las circunstancias del riesgo que va a asumir; el mismo estatuto en su artículo 1158 lo establece de la siguiente forma:

"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".

En virtud de lo anterior, es preciso aclarar que la reticencia se predica de las circunstancias relevantes que determinan el estado del riesgo al momento de suscribir la declaración indiferentemente de las causas que generan la incapacidad del Asegurado.

Al respecto es preciso hacer mención que el contrato de seguro tiene el carácter de Buena Fe, el cual como principio general de los contratos se encuentra implícito en los mismos. Esta buena fe en el contrato de seguro, no sólo indica la manera como debe interpretarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también la eficacia misma del acuerdo.

Es preciso aclarar que el contrato de seguro que adquirió con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., se celebró en virtud de la autonomía de la voluntad, es así como hay que **resaltar que nos encontramos frente a un contrato de seguro que es de carácter privado y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones especiales del contrato por lo cual esta Compañía ha dado estricto cumplimiento.** Así mismo aclaramos que la reclamación fue objetada de manera seria y fundada atendiendo las normas que regulan el contrato de seguro y la ley toda vez que el Asegurado incurrió en una reticencia al tenor del artículo 1058 del Código de Comercio y la calificación de pérdida de capacidad laboral y sus argumentos no desvirtúan la objeción al pago indemnizatorio.

Teniendo en cuenta lo anterior, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen en el contrato de seguro y lamentablemente debe continuar negando la reclamación presentada.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento de Indemnizaciones de Seguros de Vida





DNI-SV-R- 5742977 – 2

Es importante resaltar que en la Declaración de Asegurabilidad, el Asegurado manifestó:

“

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro...”

Por otro lado, en la parte final de la misma declaración de Asegurabilidad se informó:

“Importante:

- **No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.**
- **Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts.1058 y 1158 de Código de comercio)...”**

“Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información...”

Es importante advertir que el contrato de seguro tiene el carácter de Buena Fe, el cual como principio general de los contratos se encuentra implícito en los mismos. Esta buena fe en el contrato de seguro, no sólo indica la manera como debe interpretarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también la eficacia misma del acuerdo.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el Tomador tiene el deber de informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; con base en esta información es que el Asegurador otorga su consentimiento, ya que no está obligado a controlar la fidelidad de la declaración ni a practicar examen alguno que corrobore las circunstancias del riesgo que va a asumir; el mismo estatuto en su artículo 1158 lo establece de la siguiente forma:

“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”.

En virtud de lo anterior, como se ha manifestado le informamos que la reticencia se predica de las circunstancias relevantes que determinan el estado del riesgo al momento de suscribir la declaración. Así, la existencia de cualquier enfermedad o cualquier tratamiento médico o farmacéutico, así como cualquier antecedente jurídico o circunstancia que pueda representar una agravación del estado del riesgo anterior a la contratación del seguro, como en el caso que nos ocupa, se convierte en valioso elemento para la tabulación del riesgo y su ocultamiento produce la nulidad del contrato.

Como se ha indicado, el señor Jesús María Parra Hernández omitió el deber de informar su verdadero estado de salud al contratar el seguro de Vida Grupo Davida Integral No. 3532197588201, en este sentido el artículo 1058 del Código de Comercio el cual hace referencia a la inexactitud en la declaración del estado del riesgo y la obligación de declarar según el cuestionario propuesto por la Compañía es claro que **al Asegurado le corresponden aquellas obligaciones que no pueden ser cumplidas más que por él mismo, toda vez que solo él podrá declarar en forma fidedigna sobre su estado de salud, en consecuencia en los seguros de vida junto con la declaración de Asegurabilidad deben ser suscritas directamente por el Asegurado.**

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

Av. El Dorado N. 68b-31 - Tel. 3410077 - Bogotá, Colombia

www.segurosbolivar.com



DNI-SV-R- 5742977 - 3

Es importante aclarar que nos encontramos frente a un contrato de seguro que es de carácter privado y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones especiales del contrato por lo cual esta Compañía ha dado estricto cumplimiento y ha objetado la reclamación manera seria y fundada por reticencia en la información al haber omitido informar su verdadero estado de salud, por ende a pesar de que la decisión no haya sido favorable a los intereses del Asegurado, no quiere decir que la objeción no se encuentre ajustada a las normas ya mencionadas.

- 3) Respecto a la calificación de pérdida de capacidad remitida; es preciso aclarar que nos encontramos frente a un contrato de seguro que es de carácter privado y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones especiales del contrato por lo cual esta Compañía ha dado estricto cumplimiento y no tiene relación alguna con las normas de laboral y seguridad social.

Por lo anterior, una calificación de pérdida de capacidad laboral, no incide en la definición de la reclamación, como se indicó anteriormente, esta calificación tiene efectos en el Campo de la Seguridad Social, con el objeto de garantizar el amparo de las contingencias derivadas de la invalidez, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la ley laboral. En consecuencia de lo anterior, la Asegurada no ha demostrado que reúne las condiciones del contrato para acceder al pago indemnizatorio.

Es preciso aclarar que en sentencia T-518/11 se establece: "la importancia de los dictámenes proferidos por las Juntas de Calificación de Invalidez radica en que sus decisiones constituyen el fundamento jurídico autorizado, de carácter técnico científico, para proceder con el reconocimiento de las prestaciones sociales cuya base en derecho es la pérdida de la capacidad laboral de los usuarios del sistema de seguridad social. Como ya se dijo, el dictamen de las juntas es la pieza fundamental para proceder a la expedición del acto administrativo de reconocimiento o denegación de la pensión que se solicita. En este sentido, dichos dictámenes se convierten en documentos obligatorios para efectos del reconocimiento de las prestaciones a que se ha hecho alusión".

- 4) Por último, es importante aclarar que la póliza de Vida Grupo Davida Integral No. 3532197588201 se encuentra cancelada a partir del 11 de julio de 2016 según solicitud en línea del cliente con fecha 25 de agosto de 2016.

Teniendo en cuenta lo anterior, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, lamentablemente debe continuar negando la reclamación presentada.

Cordialmente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Indemnizaciones Seguros de Vida



DNI-SV-R1- 5742977
Bogotá, 25 de abril de 2019

135

Señores

JOHN EDUAR CARDONA ESPINOSA

JESÚS MARÍA PARRA HERNÁNDEZ

cardonasant@hotmail.com

Carrera 23 No. 19 – 47, Oficina 203

Edificio Sociedad de Mejoras Públicas

Teléfono. 3148886215

Manizales, Caldas

Referencia:	Asegurado	: Jesús María Parra Hernández
	Cedula	: 4.477.805
	Reclamo	: 35320000083
	Póliza	: GR-50.000

Cordial saludo:

Nos referimos a la comunicación recibida con la cual presenta nuevamente reconsideración a la objeción del pago en virtud de la reclamación por el anexo de Incapacidad Total y Permanente del señor Jesús María Parra Hernández, al respecto nos permitimos informar lo siguiente:

- 1) En primer lugar, es importante aclarar que nos encontramos frente a un contrato de seguro que es de carácter privado y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones especiales del contrato.
- 2) En cuanto a lo manifestado en su comunicación en donde informa "*...en el sentido que no existe RETICENCIA por parte de mi Mandante en razón al diagnóstico de hipertensión arterial desde el 17 de junio de 2008, como quiera que la compañía de seguros para la época de celebración del seguro de vida, es decir, el día 11 de julio de 2014 no realizó exámenes médicos ni exigió la entrega de unos recientes, para así verificar el verdadero estado de salud de mi Poderdante...*".

Respecto a lo anterior, es importante advertir que el contrato de seguro tiene el carácter de Buena Fe, el cual como principio general de los contratos se encuentra implícito en los mismos. Esta buena fe en el contrato de seguro, no sólo indica la manera como debe interpretarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también la eficacia misma del acuerdo.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el Tomador tiene el deber de informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; con base en esta información es que el Asegurador otorga su consentimiento, ya que no está obligado a controlar la fidelidad de la declaración ni a practicar examen alguno que corrobore las circunstancias del riesgo que va a asumir; el mismo estatuto en su artículo 1158 lo establece de la siguiente forma:



DNI-SV-R1- 5742977 - 2

"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".

- 3) Como se ha indicado anteriormente, el señor Jesús María Parra Hernández omitió el deber de informar su verdadero estado de salud al contratar el seguro de Vida Grupo Davida Integral No. 3532197588201, en este sentido el artículo 1058 del Código de Comercio el cual hace referencia a la inexactitud en la declaración del estado del riesgo y la obligación de declarar según el cuestionario propuesto por la Compañía es claro que al Asegurado le corresponden aquellas obligaciones que no pueden ser cumplidas más que por él mismo, toda vez que solo él podrá declarar en forma fidedigna sobre su estado de salud, en consecuencia en los seguros de vida junto con la declaración de Asegurabilidad deben ser suscritas directamente por el Asegurado.

Es importante tener en cuenta que si el Asegurado hubiese informado su verdadero estado de salud respecto a la Hipertensión Arterial diagnosticada desde el 17 de junio de 2008, la Compañía hubiese tenido la oportunidad de indagar sobre tal situación para establecer si hubiese otorgado el seguro en condiciones normales o más onerosas, sin embargo el Asegurado firmó la declaración de Asegurabilidad omitiendo tales circunstancias y la Aseguradora otorgó la cobertura en condiciones normales.

El antecedente médico citado anteriormente, se encuentra en la historia clínica del asegurado aportada, allí están 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, por ende a pesar de que la decisión no haya sido favorable a los intereses del Asegurado, no quiere decir que la objeción no se encuentre ajustada a las normas ya mencionadas.

- 4) Por último, es importante aclarar que la póliza de Vida Grupo Davida Integral No. 3532197588201 se encuentra cancelada a partir del 11 de julio de 2016 según solicitud en línea del cliente con fecha 25 de agosto de 2016.

Teniendo en cuenta lo anterior, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, lamentablemente debe continuar negando la reclamación presentada.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Departamento de Indemnizaciones de Seguros de Vida



136

DNI-SV-R2- 5742977
Bogotá, 15 de mayo de 2019

Señores

JOHN EDUAR CARDONA ESPINOSA

JESÚS MARÍA PARRA HERNÁNDEZ

cardonasant@hotmail.com

Carrera 23 No. 19 – 47, Oficina 203

Edificio Sociedad de Mejoras Públicas

Teléfono. 3148886215

Manizales, Caldas

Referencia:	Asegurado	: Jesús María Parra Hernández
	Cedula	: 4.477.805
	Reclamo	: 35320000083
	Póliza	: GR-50.000

Cordial saludo:

Nos referimos a la comunicación recibida con la cual presenta nuevamente reconsideración a la objeción del pago en virtud de la reclamación por el anexo de Incapacidad Total y Permanente del señor Jesús María Parra Hernández, al respecto nos permitimos informar lo siguiente:

1. El Asegurado al contratar el seguro y firmar la declaración de asegurabilidad manifestó gozar de buena salud, motivo por el cual esta Aseguradora en virtud del principio de buena fe que opera en ambos sentidos, otorgó las coberturas en condiciones normales y no practicó exámenes médicos de ingreso al seguro.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el Tomador tiene el deber de informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; con base en esta información es que el Asegurador otorga su consentimiento, ya que no está obligado a controlar la fidelidad de la declaración ni a practicar examen alguno que corrobore las circunstancias del riesgo que va a asumir; el mismo estatuto en su artículo 1158 lo establece de la siguiente forma:

"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".

Respecto a lo anterior, es importante advertir que el contrato de seguro tiene el carácter de Buena Fe, el cual como principio general de los contratos se encuentra implícito en los mismos. Esta buena fe en el contrato de seguro, no sólo indica la manera como debe interpretarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también la eficacia misma del acuerdo.

En virtud de lo anterior, nos permitimos informarle que la retención se predica de las circunstancias relevantes que determinan el estado del riesgo al momento de suscribir la declaración indiferentemente de las causas que generan la incapacidad del Asegurado.



En la Declaración de Asegurabilidad el señor Declaró:

"...

1. *No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH –Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica de hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus; varices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.*
2. *No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.*
3. *En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud..."*
4. *No tenemos limitación física ni mental alguna.*

Por otro lado, en la parte final de la misma declaración de Asegurabilidad se informó:

"Importante:

***No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.**

***Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts.1058 y 1158 de Código de comercio)..."**

Como ya se ha informado anteriormente, el antecedente médico citado anteriormente, se encuentra en la historia clínica del asegurado aportada, allí están 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, por ende a pesar de que la decisión no haya sido favorable a los intereses del Asegurado, no quiere decir que la objeción no se encuentre ajustada a las normas ya mencionadas.

Es importante reiterar que la póliza de Vida Grupo Davida Integral No. 3532197588201 se encuentra cancelada a partir del 11 de julio de 2016 según solicitud en línea del cliente con fecha 25 de agosto de 2016, por lo tanto a la fecha no existe vínculo contractual entre el señor Parra Hernandez y la Compañía .

Teniendo en cuenta que la objeción al pago obedece a una reticencia en la información no hay lugar a practicar examen médico alguno al señora Parra Hernandez.

Por último, respecto a las sentencias que cita como argumento para obtener el pago indemnizatorio, nos permitimos informar que dichos fallos tienen efectos inter partes, toda vez que nos encontramos frente a contratos de seguro que cuentan con condiciones de Asegurabilidad diferentes los cuales no tienen relación con el caso objeto de estudio.

Teniendo en cuenta lo anterior, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, lamentablemente debe continuar negando la reclamación presentada.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Departamento de Indemnizaciones de Seguros de Vida



En virtud de lo anterior, y de acuerdo con su argumento en el sentido que la causa por la que reclama el señor Parra no obedece a la hipertensión mencionada en la carta de objeción; sin embargo reiteramos que la reticencia se predica de las circunstancias relevantes que determinan el estado del riesgo al momento de suscribir la declaración indiferentemente de las causas que generan la incapacidad del Asegurado.

Por lo anterior, la **COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen al contrato de seguro y lamentablemente debe continuar negando la reclamación presentada en los mismos términos de la comunicación inicial.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be a cursive script, likely belonging to a representative of the insurance company.

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Departamento de Indemnizaciones de Seguros de Vida

ITP – GRUPO
 CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ
 GERENCIA MEDICA

18/10/2019 8:31

130

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	5742977
ASEGURADO	JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
EDAD	60
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	OBSERVACIONES: 11/07/2014
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	DA: ABRIL DE 2014
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	--
FECHA DEL SINIESTRO	20/04/2016
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	SI, -HIPERTENSION ARTERIAL
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	NO, LA CAUSA PRINCIPAL DE LA ITP ES LA PATOLOGIA DE COLUMNA CERVICAL
3C. ¿DESDE QUE FECHA?	-HIPERTENSION ARTERIAL: 17/06/2008
3D. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SI, EN EL MOMENTO DE LA SUSCRIPCION AÑO 2014 ACTUALMENTE LA HIPERTENSION NO SE HUBIERA TARIFICADO
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	25%
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	-POLIARTRITIS NO ESPECIFICADA -CANAL CERVICAL ESTRECHO -ENFERMEDAD DEGENERATIVA CON ESPONDILOSIS CERVICAL -SINDROME DE TUNEL CARIANO -TRANSTORNO DE PROSTATA -HIPERTENSION ARTERIAL
4B. CODIGO:	101014015
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	51.89%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	08/01/2016
4E. ¿PRESENTA LESIONES ORGANICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4F. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4G. ¿PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO?	NO
4.H ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, Y/O PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS?	NO
5. DIAS DE INCAPACIDAD	
DIAS DE INCAPACIDAD MEDICA:	ITP
6. ADICIONALES	
6A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO
6B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
6C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
7. FIRMA MEDICO TRATANTE	

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

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

ITP – GRUPO

CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ

GERENCIA MEDICA

18/10/2019 8:31

LA FIRMA DEL MEDICO EN "DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE" CORRESPONDE AL MEDICO TRATANTE EN LA HISTORIA CLINICA?	<i>NO, DINA LORRAINE IZQUIERDO MOLINA (MEDICINA GENERAL), PROBABLE MEDICO INSTITUCIONAL.</i>
OBSERVACIONES	
	<p><i>-SOLICITAN RECONSIDERACION ARGUMENTANDO QUE LA HIPERTENSION ARTERIAL NO ESTA DIRECTAMENTE REALACIONADA CON LA CAUSA DE INCAPACIDAD, SIENDO LAS PATOLOGIAS DE LA COLUMNA CERVICAL LA PRINCIPAL CAUSA DE ITP.</i></p> <p><i>-TENIENDO EN CUENTA ESTA ARGUMENTACION Y REVISANDO LA HISTORIA CLINICA Y DICTAMEN DE CALIFICACION, SE PUEDE DETERMINAR MEDICAMENTE QUE LA HIPERTENSION ARTERIAL NO ESTA DIRECTAMENTE RELACIONADA CON LA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.</i></p> <p><i>-SE ANALIZA INFORME DE INVESTIGACION, ENCONTRANCO ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL DESDE EL AÑO 2008, LA CUAL EN SU MOMENTO, (AÑO 2014) SE HUBIERA EXTRAPRIMADO, ACTULAMENTE LA HIPERTENSION NO SE HUBIERA TARIFICADO.</i></p>

HC INVESTIGACION PAG 139.

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

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

ITP – GRUPO
 CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ
 GERENCIA MEDICA

18/10/2019 8:31

Edad: 37 años
 Sexo: Masculino
 Gestares: 14
 Grupo Sanguíneo:

HISTORIA CLINICA No. CC 4477805

JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Departamento: 17 CALDAS

Municipio: 513 PACORA

Dirección: VDA LAS COLES PACORA

Teléfono: 8970077-8788829

4477805

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Sede de Atención :001 PRINCIPAL (UNICA)
 FOLIO 1 FECHA 17/06/2008 16:31:59 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO

SIGNOS VITALES

Hora Toma: 18:53:13

TAS.	TAD.	FC.	FR.	Temp.	Via Toma	TALLA	PULSO	PESO	Estado	GLUCOME	I.M.C.
mm.Hg.	mm.Hg.	Media	x Min.	oC	Temp.	cmts	x Min.	Kgms	Hidratac		
140	100	113	80	0,00	Axilar	0,00	0	0,00	Hidratac	0	0,00
Glasgow	Ramsay	Richmond	Escala	Tipo escala	Perimetro	Perimetro	FC, Fatal	Estadio	%	Cod	
0	0	0	dolor	de dolor	Cefalico	Abdominal	0	Renal	Riesgo	Profesional	
0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	ME280	

MOTIVO DE CONSULTA

Resistente en Pácora. Orquiálgia bilateral

ENFERMEDAD ACTUAL

Orquiálgia bilateral de predominio derecho de aprox 5 meses de evolución, se incrementa con los esfuerzos físicos (al hacer fuerza).

Ocasionalmente presenta vacilación e intermitencia. No puja, no goteo postmiccional. Refiere buen control del chorro. No hematuria. Tiene PSA reciente "normal" pero no lo trajo.

Niega antecedentes quirúrgicos, alérgicos o tóxicos.

Niega antecedente familiar de cáncer de próstata u otra neoplasia urológica.

ANTECEDENTES PERSONALES

- HIPERTENSION ARTERIAL : Toma ICTZ (no en forma continua) - OTROS
 : Urolitiasis

EXAMEN FISICO

. CARDIACO: -NORMAL. PULMONAR: -NORMAL. ABDOMEN: Blando, no masas, hernia inguinal derecha

GENITOURINARIO

- Testículos y epididimos: Clínicamente normales.

- Escroto y penís: Sanos

- Pene: Meato central amplio

- Tacto rectal: Esfínter tónico, ampolla rectal vacía, próstata grado I-II, adenomatosa, no sospechosa.

DIAGNOSTICO N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA Tipo PRINCIPAL

DIAGNOSTICO K409 HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI G Tipo RELACIONADO

DIAGNOSTICO I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo RELACIONADO

RECOMENDACIONES

1. Prazosín 1mg c/12 horas
2. Cta urología con resultado de PSA en 3 meses

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA GENERAL

Fecha de Orden: 17/06/2008

OBSERVACIONES: Hernia inguinal derecha

RESULTADOS: INTERCONSULTA AUN NO ATENDIDA

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

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

189

140

Genito Urinario

Genito Urinario: Si

Locomotor

Locomotor: No

Neurológico

Neurológico: No

Descripcion:: refiere haber estado enfermo de la prostata

Examen Físico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 78.00

IMC: 0.00

FR: 16

Temperatura: 37.00

Cuello:: NORMAL

Cardiopulmonar:: NORMAL

Genitourinario:: ANORMAL

Locomotor: NORMAL

Examen Mental: NORMAL

Observaciones: puño percusion renal positiva, dolor en hipogastrio , puntos pleoureterales positivos

Talla (mts): 170.00

Pulso: 82

TA: 130/90

Cabeza:: NORMAL

Organos Sentidos: NORMAL

Abdomen:: ANORMAL

Pelvis:: NORMAL

Neurologico:: NORMAL

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

Datos de la Consulta

Dx. Principal: N390-INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: No Aplica

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

EDUCACION BRINDADA

EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado

Consentimiento informado: Si.

U.S.E. CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDAD
CLINICA GENERAL
CALLE 100 No. 24334752
BOGOTÁ

DR. CLAUDIA PATRICIA LOAIZA OROZCO

CC:24334752

Especialidad. MEDICINA GENERAL

Registro. SSO24334752

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla:17

Fecha Historia:31/03/2009 11:36 a.m.

Lugar y Fecha:PACORA,CALDAS 31/03/2009 11:36 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B03308 Tipo de Usuario: NIVEL 2

No Historia: 4477805 Cons. Historia: 38277

Atención: Ambulatorio

NOMBRE DE LA PLANTILLA

HISTORIA CLINICA GENERAL:

NOMBRE DE LA PLANTILLA

Datos Generales

Historia: 4477805

Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Sexo: Femenino

E.A.P.B.: ASMETSALUD EPS

Estado Civil: Casado

Telefono: 3147146521

Escolaridad

Hora: 11:17

Edad: 53 Años

Seguridad Social: SUBSIDIADO

Ocupacion: AGRICULTORES

Direccion: LAS COLES

Primaria: NO
Secundaria: NO
Técnica: NO

Bachiller: NO
Media: NO
Superior: NO

Procedencia

Rural: SI
Barrio F: VEREDA LAS COLES

Urbano: NO

ANAMNESIS

Enfermedad Actual: Paciente con cuadro clínico de aproximadamente 15 meses, consistente en dificultad para iniciar la micción, y nicturia; que ha sido progresiva en el tiempo, no otros síntomas, refiere haber estado en manejo por urología hace pocos meses, se receto prazosin, mediacento al cual el paciente refiere intolerancia.

Antecedentes Familiares

CA: NO
Hipertension arterial: NO
Otros: -

DM: NO
CORONARIOPATIA: NO

Antecedentes Personales

Otros: HTA, HCTZ 25 MG/DIA
Alergicos: NO

Quirurgicos: -NO
TRANSFUSIONALES: NO

Patologicos

CA: NO
EAP: NO
HPB: NO
TAB: NO
DISLIPIDEMIA: SI
HEPATITIS.: NO
EPILEPSIA: NO

DM: NO
EPOC: NO
HTA: NO
VIH +: NO
CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO.: NO

GINECOLOGICOS Y/O UROLOGICOS

Masculino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
PF: NO

ETS.: NO

Femenino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
PF: NO

ETS.: NO

Revision por Sistemas

Cabeza y Cuello

Cabeza y Cuello: No

Organos de los sentidos

Organos de los sentidos: No

Cardiopulmonar

Cardiopulmonar: No

Gastrointestinales

Gastrointestinales: No

Genito Urinario

Genito Urinario: No

Locomotor

Locomotor: No

Neurológico

Neurológico: No

Examen Fisico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 78.00

IMC: 0.00

FR: 12

Temperatura: 37.00

Cuello.: NORMAL

Cardiopulmonar.: NORMAL

Genitourinario.: ANORMAL

Locomotor: NORMAL

Examen Mental: NORMAL

Observaciones: Buenas condiciones generales, al EF sin hallazgos de importancia. Tacto-rectal: prostata levemente aumentada de tamaño, contornos lisos, bordes bien definidos.

Talla (mts): 170.00

Pulso: 80

Tension arterial: 120/80

Cabeza.: NORMAL

Organos-Sentidos: NORMAL

Abdomen.: NORMAL

Pelvis.: NORMAL

Neurológico.: NORMAL

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

Datos de la Consulta

Dx. Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: No Aplica.

Conducta: Se diligencia remision a urologia para valoración y manejo.

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

EDUCACION BRINDADA

Derechos y deberes:

EDUCACION BRINDADA

EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado

Consentimiento informado: SI.

Sandra J. Barco A.
24338272. Medicina General

141

DR. SANDRA PATRICIA BARCO ALZATE
CC 24338272
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro: 24338272

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla: 18
Fecha Historia: 07/10/2009 11:21 p.m.
Lugar y Fecha: PACORA, CALDAS 07/10/2009 11:21 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B09711 Tipo de Usuario: NIVEL 2
No Historia: 4477805 Cons. Historia: 73073
Atención: Urgencias

ATENCION DE URGENCIAS

ATENCION DE URGENCIAS

Datos Generales

Historia: 4477805
Hora: 22:21
Edad: 53 Años.
Seguridad Social: SUBSIDIADO
Dirección: LAS COLES

Fecha: 07/10/2009
Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: ASMETSALUD EPS
Telefono: 3147146521

TRIAGE

TRIAGE: Amarillo: Urgente

INGRESO A URGENCIAS

Causa de Ingreso al servicio: ENFERMEDAD GRAL

Via de ingreso

Via de ingreso: Urgencias

Reingreso: NO

ESTADO DEL PACIENTE AL INGRESO A URGENCIAS

ESTADO DEL PACIENTE AL INGRESO A URGENCIAS: Conciente

EN CASO DE INTOXICACION, ACCIDENTE O VIOLENCIA

Notificacion Familiar

Notificacion Familiar: No

Notificacion Policia

Notificacion Policia: No

ANAMNESIS

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 53 AÑOS, MASCULINO, EN POSTOPERATORIO DE RTU DIA 6, ESTUVO HOSPITALIZADO HASTA HACE 3 DIAS EN HOSPITAL SANTA SOFIA CON SONDA VESICAL HASTA ESTE DIA, SE DIO ALTA CON FORMULACION DE CIPROFLOXACINA Y ACETAMINOFENEL DIA 07/10/2009 Y CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE, CONSISTENTE EN RETENCION URINARIA, REFIERE "HACE COMO 3 HORAS EMPECE A ORINAR POR GOTERAS, Y ME TOCABA HACER FUERZA PARA ORINAR, Y AHORANO SOY CAPAZ DE ORINAR", NIEGA FIEBRE, TRAUMATISMOS, HEMATURIA, U OTROS

Antecedentes Personales

Observaciones: HTA: EN MANEJO CON HCTZ 25 MG DIA, RTU EL 01/10/2009

Examen Fisico

Signos Vitales y Datos Corporales

Pulso: 81
Peso(Kg): 78.00
Tension arterial: 130/70
Cuello.: NORMAL
Cardiopulmonar.: NORMAL
Genitourinario.: NORMAL
Locomotor: NORMAL
Examen Mental: NORMAL

FR: 18
Temperatura: 37.00
Cabeza.: NORMAL
Organos Sentidos: NORMAL
Abdomen.: ANORMAL
Pelvis.: NORMAL
Neurologico.: NORMAL

Observaciones: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS; ORL SAÑO, CARDIOPULMONAR BIEN, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION Y PERCUSION DE HIPOGASTRIO, SE PALPA GLOBO VESICAL A NIVEL SUBUMBILICAL, GENITALES EXTERNOS SIN SIGNOS DE TRAUMATISMO, RESTO DE EF BIEN

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

Respuesta motora: 6

ASGOW.: 15

Datos de la Consulta

Principal: R33X-RETENCION DE ORINA

Conducta: PACIENTE CNO EVIDENTE GLOBO VESICAL, CONSIDERO PERTINENTE DRENAJE, SE REALIZA CATETERISMO VESICAL, CON SONDA QUE PASA FACILMENTE, CON SALIDA DE APROXIMADAMENTE 1000 CC DE ORINA, CLARA, SIN OLOR FETIDO, NO SIGNOS DE SANGRADO, NO COAGULOS, AL FINAL DEL RETORNO, LEVE TINTE SANGUINOLENTO, SIN COAGULOS PACIENTE RESIDE EN AREA RURAL, POR LO CUAL CONSIDERO PERTINENTE DEJAR SODA VESICAL CON CISTOFLO, EL PACIENTE ACEPTADO Y SIGNOS DE ALARMA Y RECOMIENDO ASISTIR POR LA CONSULTA EXTERNA EN 2 DIAS, EL PACIENTE Y SUS ACOMPAÑANTES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAN

Uso Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Utilidad de la Consulta: No Aplica

EDUCACION BRINDADA

Temas tratados: SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, RETORNO SANGUINOLENTO, OLOR FETIDO, RETORNO PURULENTO

Recomendaciones y deberes:

EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado

Consentimiento informado: Si.

ESTADO DEL PACIENTE

ESTADO DEL PACIENTE: Vivo.

Hora de egreso: 22:50

Destino

Destino: Domicilio

Apertura ocular: 4
Respuesta verbal: 5

Tipo de Diagnóstico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Autoriza: EL

Fecha de egreso: 07/10/2009

Sandra Patricia Barco Alzate
24338272. Medicina General

Dr. SANDRA PATRICIA BARCO ALZATE

C.C. 24338272

Especialidad. MEDICINA GENERAL

Registro. 24338272

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla: 17

Fecha Historia: 13/09/2010 07:51 a.m.

Lugar y Fecha: PACORA, CALDAS 13/09/2010 07:51 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B09711 Tipo de Usuario: NIVEL 2

Historia: 4477805 Cons. Historia: 136603

Ubicación: Ambulatorio

NOMBRE DE LA PLANTILLA

HISTORIA CLINICA GENERAL:

NOMBRE DE LA PLANTILLA

Datos Generales

Historia: 4477805

Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Sexo: Masculino

A.P.B.: ASMETSALUD EPS.

Estado Civil: Casado

Teléfono: 3147146521

Educación

Primaria: NO

Secundaria: NO

Tercera: NO

Precedencia

Urbano: SI

Código F: VEREDA LAS COLES

Clasificación Riesgo

Riesgo: NO

Hora: 07:36

Edad: 54 Años

Seguridad Social: SUBSIDIADO

Ocupación: AGRICULTORES

Dirección: LAS COLES

Bachiller: NO

Media: NO

Superior: NO

Urbano: NO

Moderado: NO

KAR

Alto.: NO

Muy alto.: NO

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta: "DIFICULTAD PARA ORINAR"

Enfermedad Actual: PACIENTE CONOCIDO EN LA INSTITUCION POR RETENCION DE ORIN CONSULTANDO EN URGNCIAS PAR REALZAR CATETERISMO VESICAL. SE APRECIA QUE SE DIO CARTA DE REMISION A UROLOGIA, ESPECIALIDAD QUE LO INTERVINO QUIRURGICAMENTE REALIZANDOSE PROSTECTOMIA HACE 121 MESES, NO TRAE NOTA DEL ACTO QUIRURGICO, PERO REFIERE QUE PERSISTE CON URGENCIA, DOLOR SUPRAPUBICO, PUJO Y TENESMO. RELATA QUE EL CONTROL POSQUIRURGICO EL UROLOGO LE COMENTO DE LA NECESIDAD DE RETROSCOPIA PERO TAMPOCO TRAE LA ANOTACION DE ESTO.

Antecedentes Familiares

DA: NO
Hipertension arterial: NO
Otros: HTA, HCTZ 25 MG/DIA

DM: NO
CORONARIOPATIA: NO

Antecedentes Personales

Otros: HTA, HCTZ 25 MG/DIA
Alergicos: -PRAZOCIN

Quirurgicos: - PROSTATECTOMIA.
TRANSFUSIONALES: NO

Patologicos

DA: NO
EAP: NO
IPB: NO
IAB: NO
DISLIPIDEMIA: SI
HEPATITIS.: NO
PILEPSIA: NO

DM: NO
EPOC: NO
HTA: NO
VIH +: NO
CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO.: NO

GINECOLOGICOS Y/O UROLOGICOS

Masculino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
F: NO

ETS.: NO

Femenino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
F: NO

ETS.: NO

Revisión por Sistemas

La y Cuello

La y Cuello: No

Organos de los sentidos

Organos de los sentidos: No

Cardiopulmonar

Cardiopulmonar: No

Gastrointestinales

Gastrointestinales: No

Genito Urinario

Genito Urinario: No

Locomotor

Locomotor: No

Neurológico

Neurológico: No

Examen Físico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Kg): 78.00

TA: 0.00

R: 18

Temperatura: 36.50

Cabeza: NORMAL

Organos Sentidos: NORMAL

Abdomen: NORMAL

Genitales: NORMAL

Neurológico: NORMAL

Talla (mts): 170.00

Pulso: 78

Tensión arterial: 120/80

Perímetro abdominal.: 86

Cuello.: NORMAL

Cardiopulmonar.: NORMAL

Genitourinario.: NORMAL

Locomotor: NORMAL

Examen Mental: NORMAL

Observaciones: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CLINICAMENTE ESTABLE, - CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL, - OJO: FONDO NORMAL BILATERAL, PUPILAS ISOCORICAS ISOMOREACTIVAS - OTOSCOPIA MEMBRANAS INTEGRAS DE MANERA BILATERAL, - MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS - NARIZ: SIN ALTERACIONES - OCA: NORMAL - CUELLO: NORMAL, SIN SOPLOS, NO ADENOPATIAS. - TORAX: EXPANSION TORACICA ADECUADA - RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. - MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN SOBREGREGADOS. - ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MASAS NO HEGALIAS. PERISTALTISMO PRESENTE, - OSTEOMUSCULAR Y EXTREMIIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS DE ADECUADA INTENSIDAD. PIEL: EPRESENTA LESION PURULENTO EN CUELLO - NEUROLOGICO: NO DEFICIT NEUROLOGICO, NO FOCALIZACIONES.

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

EDUCACION BRINDADA

Recomendaciones y deberes:

Educación Brindada: EJERCICIO DIARIO TIPO AEROBICO, SIGNOS DE ALARMA, RECOMENDACION GENERALES, EVITAR EL TABACO, ALCOHOL Y SITUACIONES SICOACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

Datos de la Consulta

x. Principal: R398-OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA URINARIO Y LOS NO ESPECIFICADOS

x. Relacionado 1: N390-INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

x. Relacionado 3: L039-CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO

Conducta: PACIENTE CON SINTOMAS Y EVENTO COMENTADO QUE SE NECESITA NECESIDAD DE DEFINIR SEGUN CONCEPTO DE ESPECIALISTA EL PLANAJA A CONTINUAR CONSIDERANDO PERSISTENCIA DE SINTOMAS ANATE PROSTATECTOMIA, ALERGIA AL PRAZOCIN Y LO QUE REFIERE EL

PACIENTE LE INFORMO EL UROLOGO, SE SOLICITA VALORACION POR UROLOGIA, SE SOLICITA NOTA DE LA VALORACION GRACIAS. SOLICITO URONALISIS PARA DESCARTAR PROCESO INFECCIOSO. ACETAMINOFEN HILOCINCA CADA 8 HORAS, DICLOXACILINA CADA 8 HORAS PARA SU ELULITIS.

tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

EFECTOS ADVERSOS

EFECTOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado

Consentimiento informado: Si.

Autoriza: EL

R. CARLOS AUGUSTO QUICENO LOPEZ

C 75105373

Especialidad. MEDICINA GENERAL

registro. SSO75105373

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla: 17

Fecha Historia: 02/03/2011 08:02 a.m.

Lugar y Fecha: PACORA, CALDAS 02/03/2011 08:02 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B09711 Tipo de Usuario: NIVEL 2

Código Historia: 4477805 Cons. Historia: 168621

Atención: Ambulatorio

NOMBRE DE LA PLANTILLA
HISTORIA CLINICA GENERAL:

NOMBRE DE LA PLANTILLA

Datos Generales

Historia: 4477805

Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Sexo: Masculino

A.P.B.: ASMETSALUD EPS

Estado Civil: Casado

Teléfono: 3147146621

Educación

Primaria: NO

Secundaria: NO

Técnica: NO

Procedencia

Urbano: SI

Barrio F: VEREDA LAS COLES

Clasificación Riesgo

Bajo: NO

Medio: NO

Alto: NO

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta: "EL CUERPO COMO MACHACADO"

Enfermedad Actual: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ASTENIA, ADINAMIA, CON INSOMNIO

PREVALENTE. NO REFIERE OTROS, SOLICITA ADEMAS PERFIL LIPIDICO POR ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA. NIEGA FIEBRE.

Antecedentes Familiares

DM: NO

Hipertension arterial: NO

Antecedentes: CA GASTRICO MADRE, PADRE

Antecedentes Personales

Antecedentes: HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPIDEMIA

Alérgicos: ALERGICO A LA PRAZOSINAAS: NO REFIERE

Antecedentes Patológicos

DM: NO

EMF: NO

HTA: NO

VIH +: NO

Hora: 07:50

Edad: 54 Años

Seguridad Social: SUBSIDIADO

Ocupacion: AGRICULTORES

Direccion: LAS COLES

Bachiller: NO

Media: NO

Superior: NO

Urbano: NO

Moderado: NO

Muy alto: NO

DM: NO

CORONARIOPATIA: NO

Quirúrgicos: - PROSTATECTOMIA, PATOLOGIA URETRAL

TRANSFUSIONALES: NO

DM: NO

EPOC: NO

HTA: NO

VIH +: NO

MS

DISLIPIDEMIA: SI
HEPATITIS: NO
EPILEPSIA: NO

CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO: NO

GINECOLOGICOS Y/O UROLOGICOS

Masculino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
PF: NO

ETS.: NO

Femenino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
PF: NO

ETS.: NO

Revisión por Sistemas

Cabeza y Cuello

Cabeza y Cuello: No

Organos de los sentidos

Organos de los sentidos: No

Cardiopulmonar

Cardiopulmonar: No

Gastrointestinales

Gastrointestinales: No

Genito Urinario

Genito Urinario: No

Locomotor

Locomotor: No

Neurológico

Neurológico: No

Examen Fisico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 73,00

MC: 25,26

FR: 20

Temperatura: 36,30

TA: NORMAL

Cardiopulmonar:: NORMAL

Genitourinario:: NORMAL

Locomotor: NORMAL

Examen Mental: NORMAL

Talla (mts): 1,70

Pulso: 82

Tension arterial: 140/100

Cabeza:: NORMAL

Organos Sentidos: NORMAL

Abdomen:: NORMAL

Pelvis:: NORMAL

Neurológico:: NORMAL

Observaciones: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS CABEZA SIN ALTERACIONES. CUELLO SIN MASAS, NO ADENOPATIAS, NO TUBERGULACION YUGULAR, NO SE PERCIBE SOPLO CAROTIDEO. TIROIDES NO PALPABLE. OTOSCOPIA BILATERAL: SANA, MEMBRANA SIN ERITEMA NI ABOMBAMIENTO. SIN SECRECION OROFARINGEA: SANA, SIN ALTERACIONES, NO LESIONES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SINCRONICOS CON EL PULSO Y TRANSMITIDOS A ESTE, SIN SOPLOS AUDIBLES CAMPOS PULMONARES CON RUIDOS RESPIRATORIOS ADECUADOS. VENTILACION CONSERVADA. NO SE AUSCULTA SOBRE AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, PERITONISMO PRESENTE EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DOS SEGUNDOS. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, DE ADECUADA INTENSIDAD, MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. NEUROLOGICO: SIN DEFICIT FOCAL, ROT +++++, FUERZA 5/5

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

EDUCACION BRINDADA

Derechos y deberes:

Educación Brindada: DIETA EN CASA HIPOGLUCIDA, HIPOGRASA DIETA RICA EN HIERRO Y POTASIO DISMINUIR INGESTA EXCESIVA DE SAL, EVITAR ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE GRASAS INGESTA DE FRUTAS, VERDURAS ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS COMO CAMINATA MINIMO TRES VECES CADA SEMANA SIGNOS DE ALARMA: DOLOR PRECORDIAL, DISNEA, SUDORACION PROFUSA, MAREOS PERSISTENTES, CEFALEA INTENSA, SENSACION DE PALPITACIONES, CIANOSIS

Justificación de la Consulta

Diagnóstico principal: HTA - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Dx. Relacionado 1: E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA ACTUAL SOLO CON HCTZ SIN ASISTENCIA A CONTROLES POR LO CUAL SOLICITO AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL, PERFIL LIPIDICO, CH, GLICEMIA. CONTROL CON REPORTES. INICIO TIAMINA 300MG-UNA CADA DIA. SX ALARMA Y RECOMENDACIONES.

Diagnóstico principal: CONFIRMADO NUEVO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Eventos Adversos: No

Finalidad de la Consulta: No Aplica

Consentimiento informado

Consentimiento informado: Si.

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla: 17
Fecha Historia: 07/03/2011 10:32 a.m.
Lugar y Fecha: PACORA, CALDAS 07/03/2011 10:32 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B09741 Tipo de Usuario: NIVEL 2
Código Historia: 4477805 Cons. Historia: 169730
Atención: Ambulatorio

TITULO DE LA PLANTILLA HISTORIA CLINICA GENERAL:

TITULO DE LA PLANTILLA

Datos Generales
Historia: 4477805
Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Sexo: Masculino
A.P.B.: ASMETSALUD EPS
Estado Civil: Casado
Telefono: 3147146521

Hora: 10:21
Edad: 54 Años
Seguridad Social: SUBSIDIADO
Ocupacion: AGRICULTORES
Direccion: LAS COLES

Educación
Primaria: NO
Secundaria: NO
Técnica: NO
Procedencia
Urbano: SI
Barrio F: VEREDA LAS COLES

Bachiller: NO
Media: NO
Superior: NO

Clasificación Riesgo
Bajo.: NO
Alto.: NO

Urbano: NO

Moderado.: NO
Muy alto.: NO

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: "CONTROL DE EXAMENES"
Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN CONSULTA PREVIAMENTE POR ASTENIA, ADINAMIA, FATIGABILIDAD Y DEBILIDAD GENERALIZADA, SE SOLICITAN PARA CLINICOS Y SE SOLICITA AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL: DIA 1: 130/90 120/90 120/80 DIA 2 120/90 130/90 120/90 DIA 3: 118/80 115/70 120/80, CON CIFRAS LIMITE. ADEMÁS CUADRO HEMATICO: LEUC 9880, LINF; 16 NEUT 78 HB 16 HCTO 46 PLAQ 310000, GLICEMIA 61 CT: 195 GC 87 HDL 64

Antecedentes Familiares
A: NO
Hipertension arterial: NO
Antecedentes: CA GASTRICO MADRE, PADRE

DM: NO
CORONARIOPATIA: NO

Antecedentes Personales
Antecedentes: HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPIDEMIA
Alergicos: ALERGICO A LA PRAZOSINÁAS: NO REFIERE

Quirúrgicos: - PROSTATECTOMIA, PATOLOGIA URETRAL
TRANSFUSIONALES: NO

Patológicos
A: NO
AP: NO
PB: NO
AB: NO
DISLIPIDEMIA: SI
HEPATITIS.: NO
PILEPSIA: NO

DM: NO
EPOC: NO
HTA: NO
VIH+: NO
CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO.: NO

GINECOLOGICOS Y/O UROLOGICOS

Masculino
Inicio de Relaciones Sexuales: 18
F: NO
Femenino
Inicio de Relaciones Sexuales: 18
F: NO

ETS.: NO

ETS.: NO

Revisión por Sistemas

Cabeza y Cuello
Cabeza y Cuello: No
Organos de los sentidos
Organos de los sentidos: No
Cardiopulmonar
Cardiopulmonar: No
Trastornos gastrointestinales
Trastornos gastrointestinales: No

144

Genito Urinario
Genito Urinario: No
..ocomotor
..ocomotor: No
Neurológico
Neurológico: No

Examen Fisico
Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 71.00
MC: 24.57
FR: 20

Talla (mts): 1.70
Pulso: 80
Tensión arterial: 120/95
Cabeza:: NORMAL
Organos Sentidos: NORMAL
Abdomen:: NORMAL
Pelvis:: NORMAL
Neurológico.: NORMAL

Temperatura: 36.50
Cuello.: NORMAL
Cardiopulmonar.: NORMAL
Genitourinario.: NORMAL
..ocomotor: NORMAL
Examen Mental: NORMAL

Observaciones: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS CABEZA SIN ALTERACIONES. CUELLO SIN MASAS, NO ADENOPATIAS, NO NGURGITACION YUGULAR, NO SE PERCIBE SOPLO CAROTÍDEO, TIROIDES NO PALPABLE. OTOSCOPIA BILATERAL: SANA, MEMBRANA SIN ERITEMA NI ABOMBAMIENTO, SIN SECRECIÓN OROFARINGE: SANA, SIN ALTERACIONES, NO LESIONES RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO Y TRANSMITIDOS A ESTE, SIN SOPLOS AUDIBLES CAMPOS PULMONARES CON RUIDOS RESPIRATORIOS ADECUADOS. VENTILACION CONSERVADA, NO SE AUSCULTAN SOBREGREGADOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, PERISTALTISMO PRESENTE EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DOS SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, DE ADECUADA INTENSIDAD, MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS NEUROLOGICO: SIN DEFICIT FOCAL, ROT +/+ +++++, FUERZA 5/5

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

EDUCACION BRINDADA

Derechos y deberes:

Edicación Brindada: DIETA EN CASA HIPOGLUCIDA, HIPOGRASADJETA RICA EN HIERRO Y POTASIO DISMINUIR INGESTA EXCESIVA DE SAL, EVITAR ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE GRASAS INGESTA DE FRUTAS, VERDURAS ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS COMO CAMINATA MINIMO TRES VECES CADA SEMANA SIGNOS DE ALARMA: DOLOR PRECORDIAL, DISNEA, SUDORACION PROFUSA, MAREOS PERSISTENTES, CEFALEA INTENSA, SENSACION DE PALPITACIONES, CIANOSIS

Datos de la Consulta

Ix. Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Conducta: INICIO EN ABRIL 5MG UNA CADA DIA, ADEMAS POR SOLICITUD DE PACIENTE PARA CONTINUIDAD DE DILATACIONES URETRALES SÓLICITO CREATININA, BUN, PARCIAL DE ORINA. SUGIERO USO DE NERVISERUM, SX ALARMA Y RECOMENDACIONES PERDIDA DE PESO DE 2 KG EN MENOS DE UNA SEMANA, SE SUGIERE TSH.

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: No Aplica

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO

EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado

Consentimiento informado: Si.

Autoriza: EL

Este documento es una copia impresa de un documento electrónico. Para más información consulte el sitio web de la institución.

DR. DIANA MARCELA HOYOS LLANOS
C 1053772789
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. SSO 1053772789

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla: 17
Fecha Historia: 07/05/2011 08:47 a.m.
Lugar y Fecha: PACORA, CALDAS 07/05/2011 08:47 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B09711 Tipo de Usuario: NIVEL 2
No. Historia: 4477805 Cons. Historia: 182075

Atención: Ambulatorio.

OMBRE DE LA PLANTILLA
ISTORIA CLINICA GENERAL:

OMBRE DE LA PLANTILLA

Datos Generales.

Historia: 4477805
Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Sexo: Masculino
A.P.B.: ASMETSALUD EPS
Estado Civil: Casado
Telefono: 3147146521

Hora: 08:39
Edad: 55 Años
Seguridad Social: SUBSIDIADO
Ocupacion: AGRICULTORES
Direccion: LAS COLES

Escolaridad

Primaria: NO
Secundaria: NO
Técnica: NO
Procedencia
Urbano: SI
Barrio F: VEREDA LAS COLES

Bachiller: NO
Media: NO
Superior: NO

Clasificación Riesgo

Riesgo bajo: NO
Riesgo medio: NO
Riesgo alto: NO

Urbano: NO
Moderado: NO
Muy alto: NO

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta: "ME SALIO UN EXAMEN ALTERADO"

Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL, CON DILATACIONES SEMANALES REALIZADAS EN SANTA SOFIA, DEMAS CON OBSTRUCCION VESICAL A QUIEN SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA, CREATININA, BUN, SOLO SE REALIZA EL PRIMERO: CELULAS EPITELIALES ++, MOCO ++, HEMATIES 2-4XC, PH:6, BACTERIAS ESCASAS, LEUC 20-30XC. NO SE REALIZO AZOADOS. NO TSH.

Antecedentes Familiares

DM: NO
Hipertension arterial: NO
Cáncer: CA GASTRICO MADRE, PADRE

DM: NO
CORONARIOPATIA: NO

Antecedentes Personales

Quirúrgicos: HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPIDEMIA
Alergicos: ALERGICO A LA PRAZOSINAAS: NO REFIERE

Quirúrgicos: - PROSTATECTOMIA, PATOLOGIA URETRAL
TRANSFUSIONALES: NO

Patológicos

DM: NO
EPOC: NO
HTA: NO
VIH +/-: NO
CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO: NO

DM: NO
EPOC: NO
HTA: NO
VIH +/-: NO
CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO: NO

GENETICOS Y/O UROLOGICOS

Genético

Inicio de Relaciones Sexuales: 18 años

ETS.: NO

Genético

Inicio de Relaciones Sexuales: 18 años

ETS.: NO

Revisión por Sistemas

Cabeza y Cuello

Cabeza y Cuello: No

Organos de los sentidos

Organos de los sentidos: No

Cardiopulmonar

Cardiopulmonar: No

Gastrointestinales

Gastrointestinales: No

Genito Urinario

Genito Urinario: No

Motomotor

Motomotor: No

Neurológico

Neurológico: No

Examen Fisico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 75.00
Temperatura: 36.30
Pulso: 70
Tensión arterial: 140/90
Cabeza: NORMAL
Organos Sentidos: NORMAL
Abdomen: NORMAL
Pelvis: NORMAL
Neurológico: NORMAL

Talla (mts): 1.70
Pulso: 70
Tensión arterial: 140/90
Cabeza: NORMAL
Organos Sentidos: NORMAL
Abdomen: NORMAL
Pelvis: NORMAL
Neurológico: NORMAL

Observaciones: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, ORIENTADO EN LAS TRÉS ESFERAS. SIN

145

DIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSAS HUMEDAS, ROSADA SCABEZA SIN ALTERACIONES. CUELLO SIN MASAS, NO ADENOPATIAS, NO NGURGITACION YUGULAR; NO SE PERCIBE SOPLO CAROTIDEO. TIROIDES NO PALPABLE. OTOSCOPIA BILATERAL: SANA, MEMBRANA SIN ERITEMA NI ABOMBAMIENTO, SIN SECRECION OROFARINGE; SANA, SIN ALTERACIONES, NO LESIONES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, INCRONICOS CON EL PULSO Y TRANSMITIDOS A ESTE, SIN SOPLOS AUDIBLES CAMPOS PULMONARES CON RUIDOS RESPIRATORIOS ADECUADOS, VENTILACION CONSERVADA, NO SE AUSCULTAN SOBREGREGADOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, JO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, PERISTALTISMO PRESENTE EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DOS SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, DE ADECUADA INTENSIDAD, MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS NEUROLOGICO: SIN DEFICIT FOCAL, ROT ++/+++, FUERZA 5/5

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

EDUCACION BRINDADA

Derechos y deberes:

Educación Brindada: HABITOS DE VIDA SALUDABLES ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Datos de la Consulta

ix. Principal: N359-ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

ix. Relacionado 1: N390-INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO

ix. Relacionado 2: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Conducta: SE DA INDICACION A PACIENTE DE NITROFURANTOINA 100MG CADA 8 HORAS POR 5 DIAS, REALIZACION DE AZOADOS, ASISTIR A

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: No Aplica

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

VENTOS ADVERSOS

VENTOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado

Consentimiento informado: Si.

Autoriza: EL

DR. MARCELA HOYOS LLANOS

C 772789

especialidad. MEDICINA GENERAL

registro. SSQ 1063772789

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla: 17

Fecha Historia: 14/05/2011 07:56 a.m.

Lugar y Fecha: PACORA, CALDAS 14/05/2011 07:56 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B09711 Tipo de Usuario: NIVEL 2

Código Historia: 4477805 Cons. Historia: 183721

Tipo de Atención: Ambulatorio

OMBRE DE LA PLANTILLA

HISTORIA CLINICA GENERAL:

OMBRE DE LA PLANTILLA

Datos Generales

Historia: 4477805

Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ

Sexo: Masculino

A.P.B.: ASMETSALUD EPS

Estado Civil: Casado

Teléfono: 3147146521

Educación

Primaria: NO

Secundaria: NO

Tercera: NO

Procedencia

Urbano: SI

Código F: VEREDA LAS COLES

Clasificación Riesgo

Hora: 07:44

Edad: 55 Años

Seguridad Social: SUBSIDIADO

Ocupación: AGRICULTORES

Dirección: LAS COLES

Bachiller: NO

Media: NO

Superior: NO

Urbano: NO

ojo...: NO
o...: NO
Moderado.: NO
Muy alto.: NO

ANAMNESIS

Objetivo de la Consulta: "TRAE REPORTE DE AFINAMIENTO"

Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL QUIEN ASISTE EL DIA DE HOY CON REPORTE DE AFINAMIENTO: A 1 130/90, 120/90, 120/80, DIA 2: 120/90, 130/90, 120/90, DIA 3: 118/80, 115/70, 120/80. POR-DEMÁS ASINTOMÁTICO, SE INICIO MANEJO CON ENALAPRIL 5MG DIA. TRAE PARACLINICOS: CREATININA 1, BUN 18.

Antecedentes Familiares

DM: NO
CORONARIOPATIA: NO
Hipertension arterial: NO
Historias: CA GASTRICO MADRE, PADRE

Antecedentes Personales

Historias: HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPIDEMIA
Quirúrgicos: ALERGICO A LA PRAZOSINAAS: NO REFIERE
TRANSFUSIONALES: NO

Patológicos

DM: NO
EPOC: NO
HTA: NO
VIH +: NO
CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO.: NO
E: NO
AP: NO
PB: NO
B: NO
DISLIPIDEMIA: SI
PATITIS.: NO
EPILEPSIA: NO

NECOLOGICOS Y/O UROLOGICOS

masculino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
ETS.: NO

menino

Inicio de Relaciones Sexuales: 18
ETS.: NO

Examen por Sistemas

Cabeza y Cuello: No
Oídos, Nariz y Garganta: No
Ojos: No
Cuello: No
Tórax: No
Abdomen: No
Genitourinario: No
Locomotor: No
Neurológico: No

Examen Físico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 75.00
Temperatura: 36.50
Frecuencia cardiaca: 74
Presión arterial: 110/80
Perímetro abdominal.: 97
Cuello.: NORMAL
Cardiopulmonar.: NORMAL
Genitourinario.: NORMAL
Locomotor: NORMAL
Examen Mental: NORMAL

Observaciones: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS CABEZA SIN ALTERACIONES. CUELLO SIN MASAS, NO ADENOPATIAS, NO TUBERCULACION YUGULAR, NO SE PERCIBE SOPLO CAROTIDEO. TIROIDES NO PALPABLE. FUNDOSCOPIA BILATERAL: NORMAL OTOSCOPIA BILATERAL: SANA, MEMBRANA SIN ERITEMA NI ABOMBAMIENTO, SIN SECRECION OROFARINGE: SANA, SIN ALTERACIONES, NO LESIONES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SINCRONICOS CON EL PULSO Y TRANSMITIDOS A ESTE, SIN SOPLOS AUDIBLES CAMPOS PULMONARES CON RUIDOS SPIRATORIOS ADECUADOS, VENTILACION CONSERVADA, NO SE AUSCULTAN SOBREGREGADOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, PERISTALTISMO PRESENTE, CA: 97CM EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DOS SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, DE ADECUADA INTENSIDAD, MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS NEUROLOGICO: SIN DEFICIT FOCAL, ROT ++/++++, FUERZA 5/5

Estado General

Estado General: Bueno
Estado de Conciencia: Alerta
Educación BRINDADA

Recomendaciones y deberes:

Educación Brindada: DIETA EN CASA HIPOGLUCIDA, HIPOGRASADIETA RICA EN HIERRO Y POTASIO DISMINUIR INGESTA EXCESIVA DE SAL, EVITAR ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE GRASAS INGESTA DE FRUTAS, VERDURAS ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS COMO CAMINATA MINIMO TRES VECES CADA SEMANA SIGNOS DE ALARMA: DOLOR PRECORDIAL, DISNEA, SUDORACION PROFUSA, MAREOS PERSISTENTES, CEFALEA INTENSA, PRESENCIA DE PALPITACIONES, CIANOSIS

Indicaciones de la Consulta

Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Indicada: SE CLASIFICA RCV COMO BAJO, SE CONTINUA CON ENALAPRIL 5MG DIA, ASA 100MG CADA DIA CON ALMUERZO, SE SOLICITA ECG QUE

146

ES EL UNICO PARACLINICO FALTANTE.
Tipo de Diagnóstico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: No Aplica

EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado:

Consentimiento informado: Si.

Autoriza: EL

DR: DIANA MARCELA HOYOS LLANOS
CC 1053772789
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro: SSO 1053772789

HISTORIA CLINICA



Cód. Plantilla: 17
Fecha Historia: 10/09/2011 07:44 a.m.
Lugar y Fecha: PACORA, CALDAS 10/09/2011 07:44 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 4477805 JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Administradora: ASMETSALUD EPS Convenio: B09711 Tipo de Usuario: NIVEL 2
No Historia: 4477805 Cons. Historia: 207300
Atención: Ambulatorio

**NOMBRE DE LA PLANTILLA
HISTORIA CLINICA GENERAL:**

NOMBRE DE LA PLANTILLA

Datos Generales

Historia: 4477805
Nombre: JESUS MARIA PARRA HERNANDEZ
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: ASMETSALUD EPS-S
Estado Civil: Casado
Telefono: 3147146521

Hora: 07:28
Edad: 55 Años
Seguridad Social: SUBSIDIADO
Ocupación: AGRICULTORES
Dirección: LAS COLES

Escolaridad

Primaria: NO
Secundaria: NO
Técnica: NO

Bachiller: NO
Media: NO
Superior: NO

Procedencia

Urbano: SI
Barrio: VEREDA LAS COLES

Urbano: NO

Evaluación Riesgo

Bajo: NO
Alto: NO

Moderado: NO
Muy alto: NO

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta: POR EL CONTROL

Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, EN MANEJO CON ENALAPRIL Y ASA, EL PACIENTE PRESENTO UNOS SECUNDARIA A LOS IECAS Y CONSULTO A MEDICO PARTICULAR QUIEN LOS SUSPENDIO Y ORDENO LOSARTAN, CON RESOLUCION DE LA CLINICA. EL PACIENTE DESEA CONTINUAR CON LOSARTAN ASI LO QUE TENGA QUE COMPRAR PARTICULAR. NIEGA DOLOR PRECORDIAL, DISNEA, SÍNCOPE, EDEMA U OTROS SINTOMAS; EL PACIENTE REFIERE TAMBIEN ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA, TOMA LOVASTATINA 20 MG/D DESDE HACE 6 MESES, REFIERE QUE SE HA ENCONTRADO CONTROLADO (COLESTEROL TOTAL 700 EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO). HOY NO SE HA TOMADO LOS MEDICAMENTOS.

Antecedentes Familiares

DM: NO
Hipertensión arterial: NO
Otros: NO

DM: NO
CORONARIOPATIA: NO

Antecedentes Personales

Otros: HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPIDEMIA
Alergicos: ALERGICO A LA PRAZOSINAAS: NO REFIERE

Quirúrgicos: - PROSTATECTOMIA, PATOLOGIA URETRAL
TRANSFUSIONALES: NO

Patologías

DM: NO
AP: NO

DM: NO
EPOC: NO

PB: NO
AB: NO
ISLIPIDEMIA: SI
EPATITIS.: NO
PILEPSIA: NO

HTA: SI
VIH +: NO
CORONARIOPATIA: NO
HIPOTIROIDISMO.: NO

GINECOLOGICOS Y/O UROLOGICOS

masculino
Inicio de Relaciones Sexuales: 18
F: NO
femenino
Inicio de Relaciones Sexuales: 18
F: NO

ETS.: NO

ETS.: NO

Revisión por Sistemas

Cabeza y Cuello
Cabeza y Cuello: No
Organos de los sentidos
Organos de los sentidos: No
Cardiopulmonar
Cardiopulmonar: No
Gastrointestinales
Gastrointestinales: No
Genito Urinario
Genito Urinario: No
Locomotor
Locomotor: No
Neurológico
Neurológico: No

Examen Fisico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 74.00
TAC: 25.61
FR: 16
Temperatura: 36.50
Cabeza: NORMAL
Organos Sentidos: NORMAL
Abdomen: NORMAL
Pelvis: NORMAL
Neurológico: NORMAL
Observaciones: ALERTA, HIDRATADO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS. PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OTOSCOPIA NORMAL BILATERAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, SIN MASAS, SIN MEGALIAS, SIN IRRITACION PERITONEAL. NEUROLOGICO: SIN DEFICIT LOCAL MOTOR O SENSITIVOROT ++/++++. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

Talla (mts): 1.70
Pulso: 70
Tension arterial: 130/90
Perimetro abdominal.: 96
Cuello.: NORMAL
Cardiopulmonar.: NORMAL
Genitourinario.: NORMAL
Locomotor: NORMAL
Examen Mental: NORMAL

Estado General

Estado General: Bueno

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

EDUCACION BRINDADA

Derechos y deberes:

Educación Brindada: DIETA SANA: BAJA EN GRASAS Y SAL, RICA EN FRUTAS Y VEGETALES. EJERCICIO 3-4 VECES POR SEMANA, DE 30 A 45 MINUTOS DE EJERCICIO AEROBICO CONSTANTE Y CONTINUO. SI DOLOR PRECORDIAL IRRADIADO A MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, MANDIBULA O INTERESCAPULAR; SI DISNEA; SI HEMIPARESIA O HEMIPLEJIA; SI CEFALEA INTENSA: URGENCIAS!!

Datos de la Consulta

Ex. Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Dx. Relacionado 1: E780-HIPERCOLESTEROLEMIA PURA EN MANEJO CON LOSARTAN PARTICULAR Y DESEA SEGUIR TOMANDOLO, ADEMAS DISLIPIDEMIA QUE HA ESTADO CONTROLADA CON LOVASTATINA, CONTINUO IGUAL AMNEJO POR AHORA: LOVASTATINA, LOSARTAN, ASA. SE DAN SIGNOS DE ALARAMA YA MENCIONADOS. CON CIFRAS DE PRESION ARTERIAL LIMITES PERO HOY NO HA TOMADO MEDICAMENTOS.
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: No Aplica

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO

EVENOS ADVERSOS

EVENOS ADVERSOS: No.

Consentimiento informado

Consentimiento informado: Si.

Autoriza: EL

02 1037574210

R. CLAUDIA MARCELA RAMIREZ ARROYAVE
C 1037574210
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1037574210

11 MAR 20 PM 2:33 78440

45 FOLIOS

147

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

Señores

JUZGADO TREINTA Y DOS (32) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C

E.S.D.

**Ref.: Proceso verbal instaurado por JESÚS MARÍA PARRA HERNÁNDEZ contra
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.****Expediente: 2019 – 1452**

MANUEL GUILLERMO RUEDA SERRANO, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., actuando en mi calidad de apoderado especial de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, identificada con el Nit. No. 860.002.503-2, sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, según poder otorgado por la doctora MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO, en su calidad de representante legal, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera, procedo dentro del término legal a **CONTESTAR LA DEMANDA** en los siguientes términos:

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones formuladas en la demanda por cuanto son infundadas, tal como se prueba con las excepciones de mérito que se formulan con el presente escrito y en particular por las siguientes razones:

- a) Frente a la primera pretensión, **NOS OPONEMOS**, pues como viene redactada lo que se pretende con esta declaración, al final, es el reconocimiento y pago de una suma de dinero a favor de la parte actora y con cargo a mi poderdante, respecto de la cual no le asiste derecho, tal como se prueba con las excepciones de mérito de esta contestación, como quiera que ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción del demandante. Además, el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que el asegurado fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo y no se acreditaron los requisitos establecidos en las condiciones del contrato para acreditar incapacidad total y permanente que se reclama.
- b) Frente a la segunda pretensión número, **NOS OPONEMOS**, pues no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a favor del demandante, como quiera que a la compañía de seguros no le asiste obligación legal o contractual para demostrar el nexo causal entre la reticencia y el siniestro, toda vez que la reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro sin que se exija dicha relación o nexo causal, tal como lo ha definido la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia y se prueba con la segunda excepción de mérito.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

- c) Frente a la tercera pretensión, **NOS OPONEMOS**, pues no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a favor del demandante, como quiera que ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción del demandante. Además, el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que el asegurado fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo y no se acreditaron los requisitos establecidos en las condiciones del contrato para acreditar incapacidad total y permanente que se reclama.
- d) Frente a la cuarta pretensión, **NOS OPONEMOS**, pues al no haber lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a título de siniestro como se prueba con las excepciones de mérito de esta contestación, tampoco hay lugar al reconocimiento de intereses moratorios a favor del demandante.

Por lo anterior, solicito al señor Delegado que exonere de responsabilidad a mi poderdante y, en consecuencia, condene en costas y agencias en derecho a la demandante.

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: Es cierto que el 11 de julio de 2014 el señor Jesús María Parra Hernández ingresó en calidad de asegurado se expidió al Seguro de Vida Grupo No. 3532197588201, en el cual. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de las condiciones generales y particulares de la póliza en referencia, así como lo consignado en la declaración de asegurabilidad.

AL HECHO SEGUNDO: No nos consta, pues mi poderdante Compañía de Seguros Bolívar S.A., no fue la entidad que evaluó y calificó al demandante, ni expidió el dictamen de PCL al cual se hace referencia.

AL HECHO TERCERO: No nos consta, toda vez que mi poderdante no fue la entidad que emitió la Resolución a la que se hace referencia, así como tampoco fue la entidad que reconoció la pensión de invalidez al señor Jesús María Parra Hernández.

AL HECHO CUARTO: Es cierto que la póliza objeto del litigio estuvo vigente hasta el 11 de julio de 2016, según solicitud de cancelación por parte del demandante.

AL HECHO QUINTO: Es cierto que el demandante radicó comunicación en la cual solicitaba el reconocimiento y pago del amparo de Incapacidad Total y Permanente. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de dicha comunicación.

AL HECHO SEXTO: Es cierto que mi poderdante objetó la solicitud del demandante por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo. No

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

123

obstante, es importante mencionar que dicha comunicación se emitió el 07 de julio de 2016, pues el 28 de diciembre de 2016 fue la fecha en la cual la compañía de seguros dio respuesta a la solicitud de reconsideración presentada por el señor Jesús María Parra Hernández. Al respecto es necesario mencionar que Compañía de Seguros Bolívar S.A. ha actuado dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente en la materia y a las condiciones generales y particulares del contrato de seguro celebrado.

AL HECHO SÉPTIMO: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos así:

- a) No nos consta lo referente al estado de salud del señor Jesús María Parra Hernández, pues hace parte de asuntos de su esfera personal que resultan ajenos a mi poderdante. Téngase en cuenta que el apoderado de la parte actora **CONFIESA** (Arts. 191 y 193 del C.G.P), que el demandante tiene dicho diagnóstico desde el 01 de octubre de 2009, es decir, antes de ingresar a la póliza (11 de julio de 2016).
- b) Todo lo demás no es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata de la transcripción de un texto de un link de alguna página web.

AL HECHO OCTAVO: No es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata de consideraciones del apoderado de la parte actora respecto de la enfermedad que dice, padece el demandante.

AL HECHO NOVENO: No es cierto, pues en la declaración de asegurabilidad que firmó el asegurado demandante se indaga al asegurado sobre sus condiciones de salud, tal como se prueba con el texto de dicha declaración que se acompaña a esta contestación y que se encuentra suscrita por el asegurado demandante.

AL HECHO DÉCIMO: No es cierto como viene presentado, pues en la declaración de asegurabilidad firmada por él se lee:

“Importante:

No firme sin antes leer y entender el contenido del presente contrato.

Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

No firme sin antes recibir el clausulado”

AL HECHO UNDÉCIMO: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos así:

- a) Que el demandante haya contratado el seguro de buena fe no es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata de consideraciones subjetivas realizadas por el apoderado de la parte actora.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

- b) No es cierto que el asegurado al momento de contratar la póliza no sintiera ni presentara síntomas de sus enfermedades, toda vez que las mismas ya habían sido informadas a él por parte de los médicos tratantes, incluso estaba recibiendo tratamiento con medicamentos como se demostrará más adelante con la segunda excepción de mérito de esta contestación.

AL HECHO DUODÉCIMO: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos así:

- a) No nos constan las circunstancias de tiempo, modo ni lugar en las cuales ocurrió el accidente laboral que se señala, pues mi poderdante no estaba presente al momento de los hechos.
- b) Es cierto que en mayo de 2015 la póliza objeto de litigio estaba vigente.

AL HECHO DÉCIMOTERCERO: No es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata de la transcripción parcial del Título I del dictamen de pérdida de capacidad laboral.

AL HECHO DÉCIMOCUARTO: Es cierto, pues a mi poderdante no le asiste obligación legal o contractual para demostrar el nexo causal entre la reticencia y el siniestro, toda vez que la reticencia o inexactitud en el estado del riesgo da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro, sin que se exija dicha causalidad, tal como lo ha reiterado la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia y se expondrá más adelante con la segunda excepción de mérito.

AL HECHO DÉCIMOQUINTO: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos así:

- a) Que el demandante haya contratado el seguro de buena fe no es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata de consideraciones subjetivas realizadas por el apoderado de la parte actora.
- c) No es cierto que el asegurado al momento de contratar la póliza no presentara síntomas de sus enfermedades, toda vez que las mismas ya habían sido informadas a él por parte de los médicos tratantes, incluso estaba recibiendo tratamiento con medicamentos como se demostrará más adelante con la segunda excepción de mérito de esta contestación.

AL HECHO DÉCIMOSEXTO: Es cierto que mi poderdante emitió la comunicación a la cual se hace referencia. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

AG

AL HECHO DÉCIMOSÉPTIMO: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos así:

- a) Es cierto que el apoderado del señor Jesús María Parra Hernández presentó reconsideración a la objeción emitida por la compañía de seguros. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma.
- b) Es cierto que mi poderdante emitió la comunicación a la cual se hace referencia. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma.

AL HECHO DÉCIMOCTAVO: No es un hecho (Art. 168 del C.G.P), pues hace referencia a las pruebas documentales, las cuales se aportaron con la demanda.

EXCEPCIONES DE MERITO

PRIMERA EXCEPCIÓN
PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN
INCOADA POR EL DEMANDANTE

En materia del contrato de seguro, la ley comercial determina en forma imperativa que todas las acciones derivadas de dicho contrato prescriben de acuerdo con lo previsto por el citado artículo 1081 del Código de Comercio, el cual dispone lo siguiente:

"PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes." (destacados ajenos al texto original).

Con base en dicha norma, en el presente proceso se encuentra probado que:

- 1. Estamos en presencia de una acción derivada del contrato de seguro, pues de las pretensiones de la demanda claramente se desprende que lo que se persigue por la parte actora es el reconocimiento y pago de la suma asegurada para el amparo de incapacidad total y permanente.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

2. El 27 de febrero de 2016, Colpensiones emitió el dictamen de pérdida de capacidad, mediante el cual el señor Jesús María Parra Hernández fue calificado con una PCL del 51.89% por enfermedad de origen común.
3. Así entonces, el término para que se configure la prescripción será el ordinario de dos (2) años, el cual comienza a contar desde el momento en el que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho base de la acción, esto es, el 27 de febrero de 2016 o el día en que hubiese llegado la comunicación en la cual se le notificaba de dicho dictamen.
4. Incluso, si se tuviese en cuenta la fecha en la cual el demandante presentó la solicitud de pago a mi poderdante (si ello se considera como un requerimiento escrito en los términos del artículo 94 del CGP), también trascurrieron más de dos años desde la presentación de dicha petición (20 de abril de 2016) y la fecha en que se radicó la presente demanda, la cual, se reitera, fue radicada el 19 de noviembre de 2019, tal como obra en el expediente.
5. Es más, incluso si se tomara la fecha en que el demandante confiesa (arts. 191 y 193 del CGP) que le fue reconocida su pensión de invalidez (5 de julio de 2016), también trascurrieron más de dos años entre ese momento y la fecha de radicación de esta demanda.
6. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, resulta claro que para el día 19 de noviembre de 2019, fecha en la cual se instauró la demanda que da lugar al presente proceso, ya habían transcurrido más dos años desde el momento en el cual empezó a correr el término de la prescripción para solicitar a indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente.
7. Por lo anterior, es claro que ya operó el fenómeno de prescripción ordinaria de la acción incoada por el demandante.

TENIENDO EN CUENTA LO ANTERIOR, SOLICITO AL SEÑOR JUEZ DECLARAR PROBADA ESTA EXCEPCIÓN Y, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 278 DEL CGP, MEDIANTE SENTENCIA ANTICIPADA DÉ POR TERMINADO EL PROCESO EN FAVOR DE MI PODERDANTE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

SEGUNDA EXCEPCIÓN **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O** **INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO**

El día 11 de julio 2014 el asegurado diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad para tomar y/o ingresar al Seguro de Vida Grupo que se acompaña a esta contestación.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

ES

El fin primordial de dicha declaración es la de obtener del solicitante del seguro una información exacta y precisa del estado del riesgo, con el fin de que la aseguradora pueda cabalmente decidir, tal como lo prevé el artículo 1056 del C. de Co., respecto de la asunción de los riesgos, establecer adecuadamente el valor de la prima, eventualmente limitar o excluir determinadas coberturas o rechazar la solicitud y no celebrar el contrato de seguro cuando el riesgo no es asegurable por políticas preestablecidas, tanto para la suscripción del seguro como del reaseguro. Debe tenerse en cuenta que esto no se constituye simplemente en una exigencia de la aseguradora sino en una verdadera obligación de tomadores y asegurados de acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, a cuyo tenor literal:

“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.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha 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, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al 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.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, 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.

(...)

“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 dé lugar”.

La información adecuada al verdadero estado del riesgo se obtiene entonces, de acuerdo con las normas citadas, entre otras formas, mediante la formulación, al eventual asegurado, de preguntas indicativas respecto de las actividades que

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

desarrolla, así como de su estado de salud, entre otros aspectos que dependerán de cada caso en particular.

Como es jurisprudencia reiterada de nuestra Corte Suprema de Justicia y de la Corte Constitucional¹ así como principio rector de la actividad aseguradora nacional e internacional, resulta determinante para la adecuada apreciación, asunción, tasación y eventual limitación o exclusión de las coberturas del seguro a otorgar, la exactitud, veracidad e integralidad de la información suministrada por el eventual asegurado.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que mediante sentencia del 1 de septiembre de 2010, MP Edgardo Villamil Portilla, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia determinó que es prueba suficiente para declarar la nulidad relativa del contrato de seguros que se demuestre con el formulario de asegurabilidad que el tomador o asegurado mintió sobre su estado de salud en relación con alguno de los padecimientos allí contenidos, lo cual, como ya se dijo, se encuentra plenamente probado en el presente proceso tanto con el propio formulario como con las pruebas documentales que se aportan con esta contestación. Al respecto señala la Corte Suprema:

“A juicio de la Corte, yerra el Tribunal al negar los efectos deletéreos de la conducta obrepticia de los tomadores y asegurados, pues ella lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, pues el asegurador ingresa al ámbito negocial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador, que en este caso también resultó ser asegurado.

*Y para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar por los antecedentes penales del tomador y asegurado, sólo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta por dicho pasado judicial, circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso natural de las cosas indica que si la aseguradora inquiría por los antecedentes judiciales de ambas partes, es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato. **En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran, como razonó equivocadamente el Tribunal.***

Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el

¹ C- 232 de 1997, ponente Dr. Jorge Arango Mejía.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio, deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro" (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).

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 comercial 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.**

(...)

Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumentan 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" (Sent. Cas. Civ. de 19 de diciembre de 2005, Exp. No. 566501).

En suma, la cabal estimación de los riesgos que habrá de cubrir el contrato de seguro, la decisión del asegurador de celebrarlo y aún la de liquidar la prima correspondiente, obedece prioritariamente, en palabras de la Corte, a las atestaciones que al respecto asiente el tomador, quien, en tal virtud, "ha de decir todo lo que sabe", de modo que la lealtad, exactitud y esmero de éste en el cumplimiento de ese deber resultan indispensables para el anotado fin, a la

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

vez que la trasgresión de las señaladas reglas de conducta aparezcan consecuencias de diverso orden, entre ellas la de afectarlo de nulidad relativa, como ya fuera demostrado" (Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743).

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^{2[1]}, 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.

La Corte, en sentencia de septiembre 1 de 2010, reitera que la nulidad del contrato de seguro por reticencia en las declaraciones del estado de riesgo no requiere la demostración por parte de la aseguradora de que tal omisión la llevaría a desistir de la celebración del contrato. Solo es necesario establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que se configure la nulidad relativa del contrato. (destacados ajenos al texto original)

Como se puede concluir, el consentimiento de mi representada para el otorgamiento de las pólizas de seguro de vida, estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por la declaración inexacta del asegurado en cuanto a su estado de salud. Para el caso específico del contrato de seguro en el cual la existencia de la buena fe es exigida en su máxima expresión, el Código de Comercio sanciona con la nulidad relativa del contrato la conducta reticente de la solicitante en los artículos 1058 y 1158 ya transcritos y en el 1059 con la pérdida de las primas a favor de la aseguradora.

Además, la Corte Suprema de Justicia en reiteradas jurisprudencias ha determinado los presupuestos para que se genere la nulidad por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo. Una de ellas de manera contundente y explícita los estableció así (Sentencia de la CSJ del 1 de junio de 2007, Magistrada Ponente Ruth Marina Díaz):

"3. Para dar respuesta a tales denuncias, es necesario señalar que el principio de la buena fe que debe reinar en toda clase de actuaciones, en la especie de estos contratos adquiere especial connotación como un deber precontractual al que se le da gran importancia. El artículo 1058 del código de comercio dispone

^{2[1]}Sent. Cas. Civ. de 12 de septiembre de 2002, Exp. No. 7011.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

15

que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador; en caso contrario, esto es, si aquel decae en la reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por este, lo hubieran retraído de asegurarlo, o inducido a estipular condiciones más onerosas, se produce la nulidad relativa del mismo.

4. Del referido texto legal se puede deducir lo siguiente:

4.1. Que el deber 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 otras condiciones.

4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente 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 inquirido para que dé informaciones objetivas 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.

4.3. 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 distinguos, 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."

Así mismo, en sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, se ratificaron por parte de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia las consecuencias de las declaraciones reticentes y/o inexactas de los asegurados, con total independencia de que las compañías de seguros realicen o no exámenes médicos. En dicha providencia se estableció lo siguiente:

"No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esta misma jurisprudencia fue ratificada por la misma Corporación **en fallo del 16 de diciembre de 2016**, MP Álvaro Fernando García Restrepo, en donde se recogió la sentencia del 4 de marzo de 2016 transcrita.

Es más, **esa ha sido la posición reiterada de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera**, entidad que, en fallo del 19 de noviembre de 2013, por ejemplo, dentro del EXP. 2013-335, señaló:

“Bajo el anterior contexto, en el asunto que ocupa la atención de la Delegatura, del plenario emerge con meridiana claridad que en la fecha de suscripción de la póliza, esto es el 19 de julio de 2012, en el formato de solicitud del seguro de vida ahora reclamado, la señora RUBIELA CASTAÑEDA omitió información importante sobre su estado de salud que debió, con fundamento en el principio de buena fe ya expuesto, poner en conocimiento de la Aseguradora, máxime cuando fueron precisamente algunas de esas patologías que le habían sido diagnosticadas e informadas reiteradamente, nódulos en las cuerdas vocales, faringolaringitis y abuso vocal, las que a la postre resultaron directamente relacionadas con el siniestro ahora reclamado, esto es la pérdida de capacidad laboral del 96% originada por disfonía crónica recurrente secundaria a abuso vocal, y que de acuerdo con el documento obrante a folio 41 de fecha 26 de noviembre de 2012, “CON POBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO DESDE HACE DOS AÑOS MÚLTIPLES CONSULTAS E INCAPACIDADES”, lo que significa que para finales del año 2010, la demandante ya estaba sometida a tratamiento. Al respecto, recuérdese que el artículo 1058 del Código de Comercio precisa que “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”.”

Posición, además, que fue ratificada en las Sentencias del 26 de septiembre de 2014 Exp. 2014-082, del 1 de noviembre de 2018 Exp. 2017-2051 y del 16 de noviembre de 2018 Exp. 2018-1011, entre muchas otras.

Pues bien, el señor JESÚS MARÍA PARRA HERNÁNDEZ incurrió en reticencia y/o inexactitud al suscribir la declaración de asegurabilidad que se acompaña, tal como se demostrará a lo largo de este proceso, pues su estado de salud no correspondía con lo manifestado allí.

En efecto, encontramos los siguientes documentos que prueban cuando menos los siguientes padecimientos anteriores a la celebración del contrato sobre los cuales el asegurado fue reticente y/o inexacto que hemos determinado, así:

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

153

- En la historia clínica del 31 de marzo de 2009 expedida por el Hospital Santa Teresita Pacora Caldas se lee lo siguiente:

"Datos de la consulta

Dx. Principal: **I10X-HIPERTENSIÓN ARTERIAL** (PRIMARIA)

Causa Externa: **ENFERMEDAD GENERAL**". (destacado ajeno al texto original).

- En la historia clínica del 02 de marzo de 2011 expedida por el Hospital Santa Teresita Pacora Caldas se lee lo siguiente:

"Datos de la consulta

Dx. Principal: **I10X-HIPERTENSIÓN ARTERIAL** (PRIMARIA)

Dx. Relacionado 1: **E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA**

Conducta: **PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, EN MANEJO ACTUAL SOLO CON HCTZ SIN ASISTENCIA A CONTROLES POR LO CUAL SOLICITO AFINAMIENTO DE TENSIÓN ARTERIAL (...)**". (destacado ajeno al texto original).

- En la historia clínica del 07 de marzo de 2011 expedida por el Hospital Santa Teresita Pacora Caldas se lee lo siguiente:

"Antecedentes personales

Otros: **HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DISLIPIDEMIA**

(...)

Datos de la consulta

Dx. Principal: **I10X-HIPERTENSIÓN ARTERIAL** (PRIMARIA)

Conducta: **INICIO ENALAPRIL 5MG UNA CADA DÍA (...)**" (destacado ajeno al texto original).

- En la historia clínica del 07 de mayo de 2011 expedida por el Hospital Santa Teresita Pacora Caldas se lee lo siguiente:

"Datos de la consulta

(...)

Dx. Relacionado 2: **I10X-HIPERTENSIÓN ARTERIAL** (PRIMARIA)

Conducta: **(...) ASISTIR A CONTROLES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**". (destacado ajeno al texto original).

- En la historia clínica del 14 de mayo de 2011 expedida por el Hospital Santa Teresita Pacora Caldas se lee lo siguiente:

"ANAMNESIS

Motivo de la consulta: "TRAE REPORTE DE AFINAMIENTO"

Enfermedad actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL QUIEN ASISTE EL DÍA DE HOY CON REPORTE DE AFINAMIENTO (...)

Antecedentes personales

Otros: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DISLIPIDEMIA
(...)

Datos de la consulta

Dx. Principal: 110X-HIPERTENSIÓN ARTERIAL (PRIMARIA)

Conducta: SE CLASIFICA RCV COMO BAJO, SE CONTINUA CON ENALAPRIL 5 MG AL DÍA (...). (destacado ajeno al texto original).

- En la historia clínica del 10 de septiembre de 2011 expedida por el Hospital Santa Teresita Pacora Caldas se lee lo siguiente:

“ANAMNESIS

Motivo de la consulta: POR EL CONTROL

Enfermedad actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN MANEJO CON ENALAPRIL Y ASA (...) EL PACIENTE REFIERE TAMBIÉN ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA, TOMA LOVASTATINA (...)

Antecedentes personales

Otros: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DISLIPIDEMIA
(...)

Datos de la consulta

Dx. Principal: 110X-HIPERTENSIÓN ARTERIAL (PRIMARIA)

Conducta: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN MANEJO CON LOSARTAN PARTICULAR Y DESEA SEGUIR COMPRANDOLO, ADEMÁS DISLIPIDEMIA QUE ESTADO CONTROLADA CON LOVASTATINA (...). (destacado ajeno al texto original).

Con lo anterior se puede evidenciar que el señor JESÚS MARÍA PARRA HERNÁNDEZ había sido diagnosticado y tratado, cuando menos, por HIPERTENSIÓN ARTERIAL y DISLIPIDEMIA, desde antes de suscribir la declaración de asegurabilidad, esto es desde antes del 11 de julio de 2014, e ingresar al seguro. Lo anterior, significa que el asegurado también pudo haber sido reticente y/o inexacto respecto de otros padecimientos, los cuales se determinarán a lo largo del proceso y que igualmente generan nulidad por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo y que solicito al Delegado declarar en los términos del art. 282 del CGP.

Por su parte, en la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, incurrió en reticencia e inexactitud, pues su estado de salud no correspondía con lo manifestado en la misma, pues allí afirmó lo siguiente:

“**Declaración de Asegurabilidad**

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

54

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, **tensión arterial alta**, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
3. **En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades** crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal". (destacado ajeno al original).

Adicionalmente, con el concepto emitido por el doctor CAMILO ANDRÉS MENDEZ CRUZ de Compañía de Seguros Bolívar S.A., se señala lo siguiente:

3, ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA PÓLIZA?	SI - HIPERTENSIÓN ARTERIAL
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	NO, LA CAUSA PRINCIPAL DE LA ITP ES LA PATOLOGÍA DE COLUMNA CERVICAL.
3C. ¿DESDE QUÉ FECHA?	HIPERTENSIÓN ARTERIAL: 17/06/2008
3D. ¿SE HABÍA RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO?	SI
3E. DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO?	SI, EN EL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN AÑO 2014 ACTUALMENTE LA HIPERTENSIÓN NO SE HUBIERA TARIFICADO
3F. ¿EN QUÉ PORCENTAJE?	25%

Si la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. hubiera conocido los padecimientos y limitaciones físicas del señor JESÚS MARÍA PARRA HERNÁNDEZ, se habría retraído de celebrar el contrato de seguro o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

TERCERA EXCEPCIÓN
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PARA ACREDITAR LA
COBERTURA QUE SE RECLAMA

El demandante alega padecer una incapacidad total y permanente cubierta por el seguro contratado, sin embargo, en el proceso no existe ningún documento o prueba de cara a acreditar el siniestro alegado, por el contrario, de las pruebas aportadas en la propia demanda y las que se acompañan con esta contestación se colige que NO se cumplen los requisitos señalados en el contrato de seguro para acceder a la cobertura contratada.

Debe tenerse en cuenta que el presente litigio tiene origen en un contrato de seguro, el cual pertenece a la categoría de los contratos privados y, en consecuencia, está regido por las normas y principios señalados en el Código de Comercio y por las condiciones expresamente recogidas en el texto de la póliza.

Nuestro Código de Comercio dispuso en forma clara el principio según el cual el asegurador puede determinar libremente la forma en que asume los riesgos y, en consecuencia, la extensión de su responsabilidad en este aspecto.

Así lo dispone el artículo 1056 del Código de Comercio en los siguientes términos:

“Artículo 1056 Código de Comercio. - Asunción de riesgos. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”

Al respecto, en desarrollo de dichas facultades legales (Art. 1056 del Código de Comercio en conc. Art. 1602 del C.C.), así como de las estipulaciones contractuales (Anexo de Incapacidad Total y Permanente) **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** señaló el alcance de la cobertura en los siguientes términos:

“CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN 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 PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGNÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIO Y NO HAYA

BS

SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO (...). (Destacado ajeno al texto original).

En relación con el alcance de dicha CONDICIÓN, debe recordarse que nuestra jurisprudencia ha sido reiterada en señalar que la interpretación de los contratos de seguros es RESTRICTIVA, por lo que el Juez debe ceñirse a lo que se recoge en el texto contentivo del contrato, esto es a lo que conste en la póliza de seguro. Entre otras, así lo señala la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 30 de agosto de 2010, M.P. RUTH MARINA DÍAZ RUEDA:

*“En línea de principio, en el ámbito de los contratos de seguros cuando sea menester asumir la referida labor, esta Corporación en reciente fallo expuso: “(...) **debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley** (arts. 1048 a 1050 del C. de Co.), **los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria**; que, ‘en otras palabras, **el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse ‘escritura contentiva del contrato’**” (destacados ajenos al original)*

En este mismo sentido encontramos la Sentencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia del 8 de septiembre de 2011, MP Ruth Marina Díaz Rueda.

De acuerdo con lo expuesto, es claro que el contrato de seguro celebrado determinó de manera precisa los elementos para que opere la cobertura por la cual se reclama en el presente proceso. Dichos elementos los podemos sintetizar así:

1. Que la enfermedad o accidente ocurran dentro de la vigencia de la póliza.
2. Que la incapacidad total y permanente produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables.
3. Que las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables le impidan al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado.
4. Que la incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días calendario.
5. Que la incapacidad no haya sido provocada por el asegurado.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

De acuerdo con lo anterior, es claro que sólo estaremos en presencia de un siniestro amparado por el seguro si se cumplen **TODOS** los requisitos enunciados anteriormente (art. 1056 C.Co. y 1602 del C.C.).

Así las cosas, en el presente caso, cuando menos no se cumple con las condiciones de que la invalidez le impida al demandante desempeñar cualquier trabajo remunerado y que la incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días calendario

En el proceso se demostrará que la demandante no cumple con dichos requisitos previstos en el condicionado del seguro.

Es muy importante tener presente que esta cláusula o condición ya fue analizada por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá en el proceso de Nancy Barragán contra Compañía de Seguros Bolívar S.A. Rad. 11001310302920150063301, encontrando que la misma es **UNA CONDICIÓN VÁLIDA Y NO CONSTITUYE UNA CLÁUSULA ABUSIVA**, al señalar:

“6.1.- Esto último es lo que ocurre en la póliza de seguros de vida grupo deudores plan maestro integral No. GR.3176 y más precisamente en el documento anexo rotulado “anexo de incapacidad total y permanente”, la ausencia en él de cláusulas ambiguas o confusas. Ciertamente, la Sala tras analizar la totalidad de los documentos que conforman la póliza de seguro no avista incertidumbre o duda en ninguna de las cláusulas, por el contrario, lo que aflora en todo su contexto y en especial en las cargas o garantías impuestas motu proprio por la aseguradora es la claridad y nitidez, sin que por asomo se precie interpretaciones diversas.

La existencia de un hito temporal para la incapacidad total y permanente superior a 180 días, en ciertos casos, para que se pueda reclamar el pago del siniestro, así como que la misma deba impedir al asegurado realizar tres (3) o más actividades básicas descritas en el anexo bajo estudio o, el requisito de un porcentaje de pérdida de capacidad laboral superior al 75% en caso de disfonía, no es motivo suficiente para inferir, como lo sostiene el Juez a-quo que se están frente a una cláusula ambigua y, por ende, que mereza la interpretación a favor del asegurado, pues al ser cotejadas no surgen distintos entendimientos del texto o motivos de duda.

Dicha interpretación dada por el Juez a-quo raya con los postulados de autonomía de la voluntad y con el contrato que es ley para las partes, así como la cita jurisprudencial por él traída a colación, nótese que si bien es un contrato de adhesión en las cláusulas generales y específicas se determinó puntualmente cuáles eran los riesgos cubiertos y, en que específicos eventos procedía nsu amparo, ante lo cual la demandante consintió voluntariamente su aceptación al vincularse en los precisos términos allí plasmados, no obra noticia o argumento de haber existido algún vicio del consentimiento al momento de contratar ni mucho menos otra circunstancia que haga nugatoria la misma.

136

En lo relativo a la existencia continua de la incapacidad por un periodo igual o superior a 180 días, ello fue una exigencia de la aseguradora para diferir en el tiempo cuando, en su sentir, podía considerarse estructurado el siniestro, esto es, la incapacidad total y permanente motivo de amparo; frente al porcentaje de pérdida de capacidad laboral, resulta exótico traer a colación las sentencias de máximo órgano de cierre de la jurisdicción constitucional que no vienen al caso, por razón que se ocupan de eventos en los cuales no estaba fijado un tope máximo de porcentaje de incapacidad laboral y donde la aseguradora objetó por no existir porcentaje específico, circunstancia totalmente distinta a la aquí estudiada, en ningún momento se ha puesto de presente o refutado lo relativo al porcentaje de pérdida de capacidad laboral de la demandante.

Y, para finalizar en lo relativo a que la incapacidad total y permanente deba adicionalmente impedir realizar tres o más actividades físicas descritas en el cuerpo de la póliza, ello per se no conlleva a que la aseguradora deba quedar totalmente postrada en un 100% de incapacidad, es que precisamente ese es el fin de los contratos de seguro, prever específicos casos de la vida diaria que merezcan un amparo básico o especial según sea el caso, empero, de allí no se sigue que en el caso examinado la condición primera sea ambigua o abusiva y, con ello entrar a variar las condiciones iniciales del contrato de seguro en los precisos términos allí convenidos.

7.- Demostrado como está que la condición primera del anexo de incapacidad total y permanente de la póliza bajo estudio no es ambigua ni abusiva, deben revocarse los numerales 2º y 3º de la parte resolutoria de la sentencia bajo estudio, debiendo pasar a analizarse la existencia del siniestro, no sin antes realizar una puntualización sobre la súplica subsidiaria. (...)"

Con base en todo lo expuesto, solicitamos que se declare probada esta excepción y, en consecuencia, se exonere de responsabilidad a la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, quién ha actuado en el presente caso en estricto cumplimiento de las disposiciones legales y contractuales, pues la cobertura contratada exige que la invalidez, le impida al demandante desempeñar cualquier trabajo remunerado y que la incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días calendario, condiciones que no se cumplen dentro del presente caso y en consecuencia no hay lugar al reconocimiento ni pago de ninguna suma de dinero a favor del demandante y a cargo de mi poderdante.

CUARTA EXCEPCIÓN **LIMITACIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA**

Con base en los anteriores hechos probados, es claro que no existe concepto alguno por el cual deba responder mi poderdante.

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

No obstante lo anterior, en un hipotético caso de condena deberán tenerse en cuenta las previsiones contractuales expresamente pactadas en la póliza que se acompaña y las limitaciones señaladas en la ley:

- **Límite de valor asegurado:**

De acuerdo con el artículo 1079 del Código de Comercio, "El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.", por lo cual, en un eventual e hipotético caso de condena a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A, **sólo podría ser obligada al pago hasta el valor consignado en el certificado individual de la póliza.**

- **Amparos y exclusiones:**

De otra parte, una condena a mi representada tampoco podrá abarcar riesgos no cubiertos por la póliza o aquellos excluidos específicamente de la cobertura en el contrato de seguro recogido en el texto de la póliza y en general las demás condiciones de cobertura consignadas en dicho contrato.

QUINTA EXCEPCIÓN LA GENÉRICA

Fundamentada en cualquier hecho o circunstancia que resulte probado en el proceso y en virtud del cual la ley considere que la obligación no existió o la declare extinguida si alguna vez existió.

PRUEBAS

1. DOCUMENTALES

- a. Copia del Certificado de Existencia y Representación de Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- b. Poder otorgado por la representante legal de Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- c. Copia de la Solicitud Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo, diligenciada y firmada por el asegurado el 11 de julio de 2014.
- d. Copia de las condiciones generales de la póliza.
- e. Copia de la objeción emitida por mi poderdante el 07 de julio de 2016.
- f. Copia de las respuestas a las solicitudes de reconsideración del señor Jesús María Parra Hernández emitidas por mi poderdante.
- g. Copia del informe médico emitido por el doctor Camilo Andrés Méndez Cruz.
- h. Copia de las historias clínicas del 31 de marzo de 2009, 02 y 07 de marzo, 07 y 14 de mayo y 10 de septiembre de 2011, expedidas por el Hospital Santa Teresita Pacora Caldas

Manuel Guillermo Rueda Serrano

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

57

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se llame a declarar al señor JESÚS MARÍA PARRA HERNÁNDEZ, demandante en este proceso, para que declare sobre los hechos objeto de este litigio. Se le podrá notificar en la dirección informada en su demanda.

3. TESTIMONIALES

Solicito a usted, Señor Delegado, decretar el testimonio del doctor CAMILO ANDRÉS MENDEZ CRUZ, quien puede ser ubicado en la Avenida El Dorado # 68B - 31 Piso 10 de la ciudad de Bogotá, médico externo de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR .S.A.

La solicitud anterior se presenta ateniendo a lo dispuesto en el artículo 212 del C.G.P., para lo cual se precisa que con dicho testimonio se pretenden probar los hechos que sustentan la segunda excepción de mérito de la presente contestación, en relación con el estado de salud del asegurada antes de ingresar al seguro.

DERECHO

Artículos 1036 y siguientes del Código de Comercio, 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y 1602 y siguientes del Código Civil.

ANEXOS

Acompaño los documentos relacionados en el capítulo de pruebas documentales.

NOTIFICACIONES

Mi mandante recibirá notificaciones en la Avenida El Dorado # 68B - 31 Piso 10 de Bogotá.

El suscrito apoderado recibirá notificaciones en la Calle 28 No. 13 A - 24 oficina 517 de Bogotá, D.C., correo electrónico manuelg.rueda@gmail.com

Cordialmente,

MANUEL GUILLERMO RUEDA SERRANO

C.C. 80.419.750 de Usaquén

T.P 81.655 del C.S. de la J.