

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p><b>PROCESO:</b> GESTION DOCUMENTAL</p>	<p><b>CÓDIGO:</b> CSJCF-GD-F04</p>	
	<p><b>ACUSE DE RECIBIDO:</b> ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p><b>VERSIÓN:</b> 2</p>	

## Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales En Apoyo a los Juzgados Laborales del Circuito de Manizales

### Acuse de Recibido

**FECHA:** Lunes 24 de Octubre del 2022

**HORA:** 4:23:45 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; Hernando Escobar Rojas, con el radicado; 202100794, correo electrónico registrado; heresro890@live.com, dirigido al JUZGADO 1 CIVIL MUNICIPAL.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (+57) 321 576 5914

#### Archivo Cargado

amparopobreter.pdf

**CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20221024162346-RJC-242**

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Manizales, 04 de abril de 2019

**Señor**

**Juez Primero Civil Municipal**

**Manizales (Caldas).**

**Secretaria.**

**REFERENCIA:** Proceso ejecutivo singular pagare

**DEMANDANTE:** Instituto de Financiamiento y Promoción y Desarrollo de Manizales (Infi-Manizales)

**DEMANDADA:** María Eugenia Marín Ceballos.

**RADICADO:** 01-2021-00794-00

**ASUNTO:**

PROPONGO LA SIGUIENTE EXCEPCIONE

**HERNANDO ESCOBAR ROJAS**, persona mayor de edad y vecino de Manizales, abogado titulado y en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderado de pobre de la parte demandada dentro del proceso de la referencia de acuerdo a oficio del 19 de octubre del año 2022 expedido por el Juzgado Primero Civil Municipal y estando en tiempo hábil, propongo la siguiente excepción:

**1 INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE LA PARTE DEMANDA, POR EXISTIR UNA POLIZA DE SEGUROS PARA PAGAR LOS DINEROS POR CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.**

La señora MARÍA EUGENIA MARIN CEBALLOS, fue valorada y notificado el dictamen en EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN Y PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL, expedido por Colpensiones el día 19 de mayo del año 2020, de pérdida de su capacidad laboral dictamen que da un incapacidad del 57.76 %, anexo el dictamen, que la hace acreedora a que se pague la póliza de seguro que constituyo la entidad Instituto de Financiamiento y Promoción y Desarrollo de Manizales (Infi-Manizales) con la aseguradora “ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA”, póliza de seguro de vida en grupo deudores número 500-16-994000000078 expedida el día 29-10-2020 y con vigencia del 30-10-2020 hasta el 30-10-2021, esta póliza fue allegada por solicitud de la señora MARIA EUGENIA MARIN CEBALLOS mediante derecho de petición a la alcaldía de Manizales, y contestada el día 12 de

diciembre del año 2.020 y manifiestan textualmente los siguiente:  
“ .....

Asunto: Respuesta requerimiento derecho de petición

Cordial saludo.

Dando alcance al requerimiento elevado, proceso a responder en los siguientes términos:

El Crédito de Libranza se encuentra amparado por una póliza de vida deudores, la cual tiene una fecha de vigencia a partir del 30 de octubre del año 2020.

Al respecto me permito manifestarle que esta póliza tiene los siguientes amparos.

1. AMPARO BASICO DE MUERTE
2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Cualquier duda adicional con mucho gusto será atendida.

Cordialmente.

**MARCO ANDRES LUNA GARCÍA**

Director de inversiones y servicios financieros”

Quiero hacer claridad que la póliza cubre lo siguiente: Actividad Entidad Públicas, Objeto del seguro Aseguradora Solidaria de Colombia ampara contra el riesgo de muerte e incapacidad total y permanente a las personas naturales deudoras del tomador de la póliza, de manera que el valor de la obligación o crédito quede cancelado cuando se presente un evento amparado.

Es claro que la demandada MARIN CEBALLOS en el momento en que se le comunico por parte de la entidad COLPENSIONES de su incapacidad de 57.76% tiene derecho al pago total de la deuda, así lo manifiesta la póliza textualmente:

“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se cubre el presente amparo adicional de Incapacidad total y permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el manual de calificación de invalides (decreto 1507 de 2014 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalides) sea igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, siempre y cuando el evento generador y la fecha de estructuración de la misma se produzcan dentro de la vigencia de la póliza” y si es por la edad mi prohijada está dentro del rango ya que a la fecha de la incapacidad contaba con 55 años, y la póliza dice que la incapacidad total y permanente, es de 18 años 64 años más 364 días 65 años más 364 días.

Se dan todos los presupuestos para que mi representada tenga derecho a que la entidad aseguradora pague el valor de lo adeudado a la entidad Instituto de Financiamiento y Promoción y Desarrollo de Manizales (Infi-Manizales)

## PETICIÓN

Por lo anteriormente manifestado es que le solicito al señor Juez que la entidad demandante Instituto de Financiamiento y Promoción y

Desarrollo de Manizales (Infi-Manizales), debió de haber demandado es a la entidad ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y no a la señora MARIA EUGENIA MARIN CEBALLOS por lo que solicito que se dé por terminado el proceso.

**PRUEBAS:**

**Documental:**

1. Documentos que reposa en los en el expediente del proceso.
2. Contestación del Derecho de petición de la Póliza de “ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA”, póliza de seguro de vida en grupo deudores número 500-16-994000000078 expedida el día 29-10-2020 y con vigencia del 30-10-2020 hasta el 30-10-2021.
3. Resolución de pensión de invalidez.

**PERTINENCIA Y CONCUCENCIA DE LA PRUEBA** es pertinente por que se refiera a hechos materia de este proceso y es conducente porque hace claridad con el pago que debe hacer la entidad ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

Del señor Juez,

Atentamente



**HERNANDO ESCOBAR ROJAS**  
C.C. 10.246.360 de Manizales  
T.P. No. 54.029 C. S. de la J.



Manizales, 12 de Diciembre de 2.020

Doctora  
**MARIA EUGENIA MARIN CEBALLOS**  
Funcionaria Alcaldía de Manizales  
**Eugeniamarin107@gmail.com**  
Manizales

	<b>INFIMANIZALES</b>
Radicación 0000935	
Fecha: 10-12-2020	Hora: 16:32:10
Remitente: Marco Andres Luna Garcia	
Destinatario: Maria Eugenia Marin Ceballos	

Asunto: Respuesta requerimiento del derecho de petición

Cordial saludo.

Dando alcance al requerimiento elevado, procede este Instituto a responder en los siguientes términos:

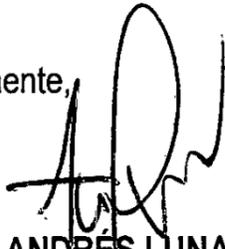
El Crédito de Libranza se encuentra amparado por una póliza de vida deudores, la cual tiene una fecha de vigencia a partir del 30 de octubre de 2020.

Al respecto me permito manifestarle que esta póliza tiene los siguientes amparos.

1. AMPARO BASICO DE MUERTE
2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Cualquier duda adicional con mucho gusto será atendida.

Cordialmente,

  
**MARCO ANDRÉS LUNA GARCÍA**  
Director de Inversiones y Servicios Financieros  
Anexo: Paquetes 1 (5 folios)

Copia: Copia: Gerencia General, Secretaría General, Archivo INFI-MANIZALES



**INFI-MANIZALES**  
Carrera 22 N° 18-09 Piso 2 Torre B - CAM Teléfono (6) 887 9790 Fax (6) 872 0519  
Código Postal 170001 Nit. 890.801.059-0  
e-mail: gerencia@infimanizales.com Página web: www.infimanizales.com



Infi-Manizales

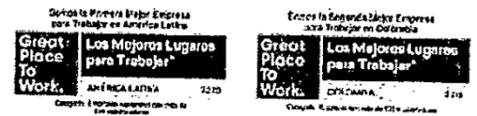


@INFI\_MANIZALES



Certificado N° SC-CER617625

**POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES**



**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**5002301165**

**PÓLIZA No: 500 - 16 - 994000000078 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>FUNDADORES</b>				COD. AGENCIA: 500 RAMO: 16							
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
29	10	2020	23:59	30	10	2020	23:59	29	10	2020	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			
TIPO DE MOVIMIENTO: <b>NEGOCIO NUEVO</b>								TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b>			

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **INSTITUTO DE FINANCIAMIENTO PROMOCION Y DESARROLLO DE MANIZALES "INFID"** IDENTIFICACIÓN: NIT **890801059-0**

DIRECCIÓN: **CARRERA 22 18-09 PISO 2 TORRE B CAM** CIUDAD: **MANIZALES, CALDAS** TELÉFONO: **8879790**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **DEUDORES DE LA ENTIDAD** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **INFIMANIZALES** IDENTIFICACIÓN:

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORIA: <b>PRINCIPAL</b>	
AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	1470957250.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	1470957250.00
TEXTOS POLIZA	
<b>**EMISION ORIGINAL**</b>	
INFIMANIZALES	890.801.059-0

LA PRESENTE POLIZA SE RIGE BAJO EL CLAUSULADO:  
01/01/2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-04-D00I 02/08/2017-1502-NT-P-34-P020817003004000  
EL CLAUSULADO PUEDE SER CONSULTADO EN LA WEB EN EL LINK:  
<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/seguros-para-ti/clausulados-de-productos.aspx>

ACTIVIDAD: **Entidad Pública**

**OBJETO DEL SEGURO**  
Aseguradora Solidaria de Colombia Ampara contra el riesgo de Muerte e Incapacidad Total y Permanente a las personas naturales deudoras del Tomador de la Póliza; de manera que el valor de la obligación o crédito quede cancelado cuando se presente un evento amparado.

**GRUPO ASEGURADO**  
El grupo asegurado estará conformado por los deudores del Tomador de la Póliza, que adquieran créditos en las diferentes líneas, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad y aceptación de ingreso por parte de la Compañía, siempre y cuando sean reportados por el Tomador, realizando el pago de prima correspondiente.

**BENEFICIARIOS**  
El Tomador de la póliza adquiere en todos los casos la calidad de beneficiario a título oneroso, hasta el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento o fecha de estructuración en caso de incapacidad del Asegurado; entendiéndose como saldo insoluto el saldo de capital, más intereses corrientes, más intereses de mora, mas honorarios jurídicos, que hayan sido reportados y sobre los cuales se haya calculado la prima cobrada.

VIGENCIA TÉCNICA DEL SEGURO

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$*****1,470,957,250.00	VALOR PRIMA: \$*****514,835.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$*****514,835.00
---	-----------------------------------	--------------------	---------------------	-------------------------------------

<b>INTERMEDIARIO</b>		<b>COASEGURO CEDIDO</b>	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
GILBERTO ROBLEDO QUINTERO ASESORES D	3617	60	
LOPEZ GOMEZ Y CIA LTDA	3902	40	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR** 

**FIRMA TOMADOR** \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá



Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

## POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

### DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: FUNDADORES

COD. AGENCIA:

RAMO:

No. PÓLIZA: 994000000078

ANEXO: 0

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: INSTITUTO DE FINANCIAMIENTO PROMOCION Y DESARROLLO DE MANIZALES  
"INFI

IDENTIFICACIÓN: NIT 890801059-0

ASEGURADO: DEUDORES DE LA ENTIDAD

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: INFIMANIZALES

IDENTIFICACIÓN:

### TEXTO DE LA POLIZA

Los amparos individualmente considerados solo entraran en vigor a partir de la fecha expresada en la carátula de la póliza, independientemente del momento en que la persona ingrese al grupo asegurado en calidad de deudor, la presente póliza vence en la misma fecha para todo el grupo asegurado.

#### AMPAROS Y EXCLUSIONES

Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, con estricta sujeción a los términos, condiciones y límites de suma asegurada, en consideración a las declaraciones del Tomador y de los asegurados individuales, consignadas en la presente póliza o sus anexos y en sus solicitudes, las cuales se incorporan a este contrato de seguro, cubre los riesgos relacionados, ocurridos durante la vigencia de este seguro, salvo las exclusiones consignadas en condiciones particulares y generales. Igualmente, forman parte del contrato, todas las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento, escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

#### AMPARO BASICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)

Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, que ocurra dentro de la vigencia de la póliza, por una causa no excluida, incluyendo homicidio y suicidio desde el primer día de vigencia y cualquier patología diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de la póliza, incluido SIDA

#### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza. Aplica con base en los textos forma Aseguradora Solidaria de Colombia según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza:

#### INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se cubre el presente amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014, o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) sea igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, siempre y cuando el evento generador y la fecha de estructuración de la misma se produzcan dentro de la vigencia de la póliza.

Para efectos de la presente cobertura, se tendrán en cuenta únicamente las normas emitidas en materia de régimen en seguridad social colombiana vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (Fondo De Pensiones, ARL, Junta Regional O Nacional De Calificación De Invalidez sin que sea posible la aplicación de los Manuales de Calificación de Invalidez aplicables a los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993

Una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total Y Permanente, Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, quedará libre de toda responsabilidad en lo que refiere al amparo básico del asegurado incapacitado.

#### EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO EDAD MINIMA DE INGRESO EDAD MÁXIMA DE INGRESO EDAD DE PERMANENCIA

BASICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA), C 18 Años 70 Años más 364 días indefinida

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, 18 Años 64 Años más 364 días 65 Años más 364 días

#### TASA MENSUAL GRUPO AMPARADO

Se establece una tasa mensual de Tasa 0.35% mensual (Aplica prima mínima mensual de 15 SMDLV), la cual se aplicará al Grupo de Asegurados que se encuentren en buen estado de salud física y mental. Los riesgos que sean aceptados como Riesgos Subnormales se les aplicaran el recargo que se establezca de acuerdo al análisis técnico y de selección, el cual, en todos los casos, será notificado por escrito.

#### MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL PARA MENORES DE 70 AÑOS:

La suma asegurada individual será igual al saldo insoluto de la deuda, entendiéndose por éste el capital no pagado, más los intereses corrientes, intereses de mora y primas de seguro no canceladas, siempre y cuando estos factores se hayan tenido en cuenta para el cálculo de la prima.

El valor asegurado por persona será el equivalente a la suma de CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$120.000.000) acumulada en uno o varios créditos

#### CLAUSULAS ADICIONALES

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD: Todos los asegurados principales, que ingresen a formar parte del grupo asegurado deben Diligenciar Declaración de Asegurabilidad, (Forma FM-SUSV-3), a partir de \$10.000.000.

EDADES	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	REQUISITOS
Hasta 70 años + 364 días	De \$10.000.000 Hasta \$120.000.000	A

A

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

## POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

### DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: FUNDADORES

COD. AGENCIA:

RAMO:

No. PÓLIZA: 994000000078

ANEXO: 0

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: INSTITUTO DE FINANCIAMIENTO PROMOCION Y DESARROLLO DE MANIZALES  
"INFI

IDENTIFICACIÓN: NIT 890801059-0

ASEGURADO: DEUDORES DE LA ENTIDAD

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: INFIMANIZALES

IDENTIFICACIÓN:

### TEXTO DE LA POLIZA

Solicitud Individual (declaración de asegurabilidad)

B

Solicitud Individual  
Examen Médico General (Forma SV-03)  
Análisis de Orina Completo  
Electrocardiograma en reposo

C

Solicitud Individual  
Examen Médico General (Forma SV-03)  
Análisis de Orina Completo  
Electrocardiograma en reposo  
Análisis de sangre (completo)  
" Hemograma  
" Glicemia  
" Creatinina  
" Colesterol  
" Triglicéridos  
" Transaminasas  
Prueba H.I.V (Elisa)

Quando el asegurado en la declaración de asegurabilidad (Forma FM-SUSV-3), conteste afirmativamente que ha sufrido una enfermedad, debe enviar el Informe del Médico Tratante y/o Resumen de la Historia Clínica, donde conste la fecha de diagnóstico de las enfermedades marcadas afirmativamente y su evolución hasta la fecha, además de la solicitud (FM-SUSV-3), luego de lo cual ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA dará respuesta por escrito sobre dicha solicitud, indicando o no el riesgo declarado con el cobro de la extra prima correspondiente.

#### CLAUSULA DE REVISIÓN SEMESTRAL DE SINIESTRALIDAD

Se realizará la revisión semestral de la siniestralidad de la póliza (siniestros incurridos (divido) / primas devengadas), y en el evento que el índice de siniestralidad supere el 50% (índice máximo establecido) se realizará un ajuste a la tasa mensual igual que a las condiciones particulares pactadas.

#### EXTRAPRIMA AUTOMÁTICAS PARA PERSONAS MENORES A LOS 70 AÑOS 364 DÍAS

Se aplicará Extra prima automática del 50% para las personas que declaren una de las siguientes patologías:

- o Hipertensión Arterial
- o Hepatitis A
- o Dislipidemia (Colesterol y/o Triglicéridos Elevados)
- o Diabetes
- o IMC hasta 28.  
IMC = Peso (kg) / Estatura (mt) ^2

#### CLÁUSULA DE SOLICITUDES EN CUSTODIA

Dado que en todos los casos el diligenciamiento de la solicitud individual deberá ser tramitado de puño y letra de cada una las personas que solicitan ingreso al grupo asegurado de la presente póliza y en consideración a que el Tomador se compromete a brindar la asesoría para el correcto y total diligenciamiento de la misma, Aseguradora Solidaria de Colombia deja bajo la responsabilidad y administración del Tomador las declaraciones de asegurabilidad.

Por lo anterior, en caso que se incluyan dentro de la póliza personas que no cumplan con el correcto diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad y/o cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad indicados en las condiciones particulares de la póliza, el Tomador acepta que la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a la devolución de primas por concepto de este ingreso.

Nota: Las solicitudes individuales de seguro deberá ser archivadas en la carpeta de cada asociado siempre y cuando manifiesten estar en buen estado de salud, es decir que respondan de manera negativa a las preguntas formuladas; Aquellas que presenten respuestas positivas incluyendo la obesidad mórbida, deberán ser enviadas a Aseguradora Solidaria de Colombia con los respectivos soportes médicos que permitan definir las condiciones de ingreso, las cuales en todos los casos serán notificadas por escrito.

Así mismo, se deja constancia que las solicitudes a las que hace referencia la presente clausula deberán estar disponibles en cualquier momento que sean requeridas por Aseguradora Solidaria de Colombia.

De igual manera se deberá programar de común acuerdo con el tomador el envío de las solicitudes de manera periódica, con el fin que la agencia efectúe una revisión aleatoria de las mismas.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

**POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

AGENCIA EXPEDIDORA: FUNDADORES	COD. AGENCIA:	RAMO:	No. PÓLIZA: 994000000078	ANEXO: 0
--------------------------------	---------------	-------	--------------------------	----------

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: INSTITUTO DE FINANCIAMIENTO PROMOCION Y DESARROLLO DE MANIZALES "INFI	IDENTIFICACIÓN: NIT	890801059-0
ASEGURADO: DEUDORES DE LA ENTIDAD	IDENTIFICACIÓN:	
BENEFICIARIO: INFIMANIZALES	IDENTIFICACIÓN:	

**TEXTO DE LA POLIZA**

**ANTECEDENTES DE SINIESTRALIDAD**

La presente póliza fue elaborada con base en la información reportada de siniestralidad. Si por alguna circunstancia dicha información no coincide con la presentada al momento de realizar la emisión, la compañía ajustará las condiciones iniciales para adecuarlas a las reales.

**GARANTÍAS EXIGIDAS AL TOMADOR Y/O ASEGURADO**

- " Suministro oportuno de listado actualizado de asegurados, en formato excel.
- " Realizar oportunamente los reportes de ingresos y retiros en los términos de este documento.
- " Notificar cualquier agravación de riesgo conocida
- " Previo al ingreso de cualquier asegurado, el tomador tendrá la obligación de hacer que el mismo diligencie completamente la solicitud individual de Seguro (Forma FM-SUSV-3)

**PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA**

LA COMPAÑÍA y el Tomador podrán establecer un convenio en el que se establezca una fecha de pago determinada, estipulada en el certificado de seguro que le sea entregado, Para esta póliza el plazo para el pago de las primas recaudadas será de 30 días. Si las cuotas de las primas no fueren pagadas en el plazo establecido con el tomador del seguro, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la terminación de dicho plazo según lo establece el artículo 1152 del Código de Comercio.

**PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO:**

Una vez conocido o debido conocer La afectación del riesgo el asegurado aplicara lo indicado Art. 1081 del Código de Comercio

**REPORTE DE NOVEDADES:**

Los ingresos o modificaciones de valor asegurado de las personas aseguradas, deben ser solicitados por escrito por el tomador adjuntando la solicitud de seguro individual, debidamente diligenciada.

**PLAZO PARA EL DEFINICION DE SINIESTROS:**

Según lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

**MAXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL**

Se tendrá en cuenta que el máximo valor asegurado individual para personas con edad comprendida entre 18 años y 70 años más 364 días, la suma de (\$120.000.000) en uno o varios créditos, siempre que haya cumplido con requisitos de asegurabilidad.

**RENOVACION**

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 manifiesten lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un periodo igual al pactado, sin perjuicio de lo pactado en la condición séptima de la presente póliza.

**DOCUMENTOS SUGERIDOS EN CASO DE RECLAMACIÓN**

DOCUMENTOS REQUERIDOS MUERTE (BASICO) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ENFERMEDADES GRAVES RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

- Solicitud individual para Seguro de Vida Grupo X X X X
- Formato Unico de conocimiento de cliente (FUCC) X X X X
- Carta de Reclamacion X X X X
- Fotocopia de cedula del asegurado, ampliada al 150% X X X X
- Registro Civil de defuncion original o Fotocopia autenticada X
- Muerte accidental, informe de fiscalia donde se detallen las circunstancias de tiempo, modo y lugar del fallecimiento X
- En caso de accidente de transito criquis o informe del accidente X X
- Muerte Natural, historia clinica completa X
- Calificacion emitida por entidad competente (Junta de Calificación), e acuerdo con la ley 100 y sus decretos reglamentarios, donde se acredite el porcentaje de perdida de capacidad laboral (PCL) X
- Historia clinica y/o informe medico que permita establecer la existencia de la enfermedad, tiempo estimado del procedimiento de la misma, fecha de diagnostico tratamiento requerido X X X X
- Certificado del numero de dias de hospitalizacion de la E.P.S. acompañando del resumen de la Historia Clinica de la atencion documentos de identificacion de cada uno de los beneficiarios designados X X

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: FUNDADORES

COD. AGENCIA:

RAMO:

No. PÓLIZA: 994000000078

ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: INSTITUTO DE FINANCIAMIENTO PROMOCION Y DESARROLLO DE MANIZALES  
"INFI

IDENTIFICACIÓN: NIT 890801059-0

ASEGURADO: DEUDORES DE LA ENTIDAD

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: INFIMANIZALES

IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

CLAUSULADO:

Aplican los textos Aseguradora Solidaria de Colombia según Condiciones Generales (clausulado) contenidas en la Forma 01/01/2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-04-D00I

**NOTIFICACIÓN DEL DICTAMEN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDO POR COLPENSIONES**

**VICEPRESIDENCIA COMERCIAL Y DE SERVICIO AL CIUDADANO**

Trámite de Notificación: 2020\_5360891

**PUNTO COLPENSIONES: PAC MANIZALES**  
**TRÁMITE(S) DE MEDICINA LABORAL 2019\_16818727**

**TIPO DOCUMENTO AFILIADO: CC**  
**NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO: 51821740**  
**NOMBRE AFILIADO: MARIA EUGENIA MARIN CEBALLOS**

En **MANIZALES** a los **01** días del mes de **JULIO** de **2020**

Se presentó **MARIA EUGENIA MARIN CEBALLOS**, identificado con **CC Número 51821740** en calidad de interesado **X**, tercero autorizado, apoderado con tarjeta Profesional N° del CSJ. Con el fin de notificarse del dictamen de pérdida de capacidad laboral N° **DML 3777609 DEL 19 DE MAYO DEL 2020** mediante el cual se da respuesta a trámite de calificación de estado de invalidez.

Enterado de su contenido, se informa que en cumplimiento de lo establecido en el artículo 142 del Decreto 019 de 2012 se informa que contra la presente resolución no procede recurso alguno.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia y se hace entrega de la copia íntegra, auténtica y gratuita del dictamen de pérdida de capacidad laboral.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOTIFICADO

Firma

Nombre **MARIA EUGENIA MARIN CEBALLOS**

CC: **51821740**

NOTIFICADOR

Firma:

Nombre **PAULA ANDREA GALVIS MUÑOZ**

CC: **24335760**





1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL	
Fecha dictamen: 19/05/2020	Número dictamen DML: 3777609
Motivo de solicitud: CALIFICACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL/OCUPACIONAL	
Solicitante: MARIA EUGENIA MARIN CEBALLOS AFP: COLPENSIONES	
RAMA JUDICIAL:	OTRO: EMPLEADOR:
Afiliado: SI EPS: Salud Total	ARL: ARL SURA
Pensionado: NO	NIT/Documento: CC 51821740
Dirección del Solicitante: CL 21 # 23 - 22 OF 1909 EDF ATLAS	
Teléfono: 8802508 Cel: 3105268887 Email: Ciudad: MANIZALES	

2. INFORMACION DE LA ENTIDAD CALIFICADORA	
Nombre: COLPENSIONES Nit: 900336004-7	Dirección: Carrera 10 No. 72-33 Ciudad: Bogota

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA	
Afiliado: SI Beneficiario: NO	
Apellidos: MARIN CEBALLOS	Nombre: MARIA EUGENIA
Tipo de documento: CC	Documento de identificación: 51821740
Fecha nacimiento: 15/02/1965	Edad: 55 AÑOS
Genero: FEMENINO	
ETAPAS DEL CICLO VITAL: Rol Laboral	
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Post grados	Otros(Cuál):
ESTADO CIVIL: Soltero	Otros(Cuál):

4 ANTECEDENTES LABORALES / OCUPACIONALES DEL CALIFICADO (Beneficiario y/o Subsidiado)	
Tipo de vinculación laboral: Independiente Dependiente: X	
Nombre del trabajo/empleo: Ocupación: Código CIUO:	
Nombre actividad económica: Clase:	
Nombre de la empresa: NO APLICA NIT/CC:	
Otro:	

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACIÓN	
RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO- (Descripción)	

**5.1 HISTORIA CLÍNICA**

En atención a la coyuntura nacional sobre la situación que se está presentando con ocasión al COVID-19, es preciso indicar que Colpensiones como garante de la salud de nuestros afiliados, tiene la responsabilidad de adoptar las acciones requeridas para evitar la expansión de este. En este orden y de forma temporal hasta que el gobierno levante las medidas, la prestación de los servicios respecto del trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral y/o revisión del estado de invalidez, se llevara acabo documentalmente, para lo cual el dictamen se ajusta a lo establecido en los decretos 1507 de 2014, 917 de 1999 y demás normas que los complementen. Paciente refiere diagnósticos de: cardiomiopatía dilatada (antecedente de infarto en 2007), artritis reumatoide seropositiva no erosiva (diagnosticada año 2000) e hipotiroidismo. En tratamiento farmacológico con Lefunomida, Prednisolona, Ácido fólico, acetaminofén, Esomeprazol, Levotiroxina, ASA, Espironolactona, Atorvastatina, Metoprolol succinato y Entresto.



5.2 ESTUDIOS CLÍNICOS/PRUEBAS OBJETIVAS

Fecha	Especialista o examen	Resultado
30/04/2020	Valoracion titulo II	<p>Nombre: Maria Eugenia Marin Ceballos</p> <p>No. Cedula: 51821740</p> <p>Edad: 55 años</p> <p>Paciente refiere diagnósticos de: cardiomiopatía dilatada (antecedente de infarto en 2007), artritis reumatoide seropositiva no erosiva (diagnosticada año 2000) e hipotiroidismo. En tratamiento farmacológico con Leflunomida, Prednisolona, Ácido fólico, acetaminofén, Esomeprazol, Levotiroxina, ASA, Espironolactona, Atorvastatina, Metoprolol succinato y Entresto.</p> <p>Refiere ser independiente para realizar actividades de la vida diaria tales como bañarse vestirse y comer, sin embargo algunos días cuando el dolor se hace insoportable necesita ayuda para realizar estas actividades, refiere que el frío le afecta mucho, se le ha disminuido la fuerza en las manos y se le caen las cosas. Le duelen mucho las manos y los pies, no puede estar mucho tiempo de pie, refiere "tengo nódulos en los codos, en las manos, en las piernas, en los tobillos y en los huesos de los dedos de los pies" adicional a esto, manifiesta que tiene un dedo en gatillo en la mano derecha y esto le produce mucho dolor.</p> <p>Es independiente para caminar sin embargo debe hacerlo despacio ya que se fatiga y se siente cansada, además los nódulos en los pies le duelen mucho y le impiden permanecer mucho tiempo de pie, en la mañana acostumbra a hacer 10-15 minutos de ejercicio en bicicleta estática y en la tarde sale a caminar un rato con su mascota.</p>
05/11/2019	Cardiología	Lorenzo López RM 1983 clase funcional I Paciente en seguimiento por cardiomiopatía dilatada con coronarias sanas ahora con estabilidad clínica y hemodinamia en quien se desea optimizar manejo medico aumentando Entresto 200mg cada 12 horas vía oral.
03/05/2019	Ecocardiograma	Lorenzo López RM 1983 1. Cardiomiopatía severamente dilatada origen isquémico por los trastornos descritos de la motilidad con compromiso severo de la función global FEVI 23% 2. Dilatación moderada atrial izquierda.
28/11/2018	Reumatología	James Galvis RM 1614 estabilidad general sin artralgias inflamatorias ni rigidez matinal tto rituximab un solo ciclo (05/2018) + LFN 20 interdía + ácido fólico 1+1 + ACTM 500 según dolor + esomeprazol 20-1.
26/07/2019	Magister en enfermedades infecciosas	Jorge Marín cc 75085219 RM ilegible, paciente de 54 años con antecedente de artritis reumatoidea seropositiva no erosiva diagnosticada en el 2000 FR 320 ACPA 187.64 + osteopenia+ hipotiroidismo+hta + cardiomiopatía isquémica con severa disfunción sistólica.

5.3 EXAMEN FÍSICO



Médico Evaluador: Fecha de valoración: Hora: RETHUS:

Siguiendo los lineamientos nacionales en cuanto al prevención del contagio por covid-19, no se realiza valoración presencial del usuario por parte de medicina laboral, por lo tanto, no se tienen datos del examen físico, sin embargo, se realiza entrevista telefónica con terapeuta físico con el fin de realizar la descripción del título II del decreto 1507 del 2014 (rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales) según sea el caso.

Por tanto, el día 30 del mes abril año 2020, se logró comunicación con la señor /a María Eugenia Marín Ceballos cc 51821740 al teléfono 313 7933464 .

Fundamentos: Decreto 417 del 17 marzo de 2020, 457 del 22 de marzo de 2020, 491 del 28 de marzo de 2020, Decreto 538 de 2020, decreto 1507 de 2014.

**6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II**  
**TITULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS**

**CLASE FUNCIONAL / VALOR PORCENTUAL**

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SAL
I42	Cardiomiopatía	Común	
M059	ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	Común	
I10	Hipertension esencial (primaria)	Común	
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	Común	

No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual							CAT	Domi nan cia	% Total Deficiencia (F.Balthazar sin ponderar)	
		No Tabla	Clase	CFP FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total Deficiencia				Resultado Clase final y Deficien cia
1	Cardiopatía dilatada	2.4	4	4	1	0			4A	75.00	0.00	78.93
2	Hipertension arterial	2.6	1	1	2	2			1E	14.00	0.00	
3	Hipotiroidismo	8.6	1	1	0	0			1A	1.00	0.00	
4	Artritis reumatoidea	14.15	1	1	0				1A	1.00	0.00	

**%Total Deficiencia (sin ponderar):**

CFP: Clase Factor principal

CFM: Clase Factor Modulador

CFU: Clase Factor único

Formula : Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)

Formula de Balthazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores:

$$A + \frac{(100-A) * B}{100}$$

 A: Deficiencia de mayor valor  
B: Deficiencia de menor valor

**VALOR FINAL DE LA PRIMERA PARTE (TITULO PRIMERO)**

<b>CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA:</b>	% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5	39.46
--	---	-------

**TITULO II VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES**

**2. OTRAS INTERCONSULTAS**
**2.1 FUNDAMENTACIÓN ROL LABORAL (SUSTENTACIÓN CAPACIDAD/DESEMPEÑO Y AUTOSUFICIENCIA ECONÓ)**

Basado en la valoración telefónica de la Fisioterapeuta se determina que el trabajo habitual Cargo: Auxiliar administrativa Empresa: Alcaldía de Manizales Oficio (29 años laborando) Labora actualmente, está trabajando en casa. Incapacitada: No.



Restricción en el rol laboral		
Tabla	Categoría / Nombre	Porcentaje(%)
1	Restricciones del rol laboral	15
Restricción en función de la autosuficiencia económica		
2	Restricciones autosuficiencia económica	0.0
En función de edad cronológica por edad cumplida al momento de calificar		
3	Restricciones en función de la edad cronológica	2.0
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)		17.0

**CALIFICACIÓN OTRAS AREAS OCUPACIONALES**

**2.2 FUNDAMENTACIÓN DE OTRAS AREAS OCUPACIONALES(SUSTENTACIÓN LIMITACIONES AVD y AVDI)**

Refiere ser independiente para realizar actividades de la vida diaria tales como bañarse vestirse y comer, sin embargo algunos días cuando el dolor se hace insoportable necesita ayuda para realizar estas actividades, Es independiente para caminar sin embargo debe hacerlo despacio ya que se fatiga y se siente cansada, además los nódulos en los pies le duelen mucho y le impiden permanecer mucho tiempo de pie, en la mañana acostumbra a hacer 10-15 minutos de ejercicio en bicicleta estática y en la tarde sale a caminar un rato con su mascota.

CLASE	VALOR	Tabla 4 Escala de calificación de otras áreas de ocupacionales y valores
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia
B	0.1	Dificultad leve, no dependencia
C	0.2	Dificultad moderada, dependencia moderada
D	0.3	Dificultad severa -dependencia severa
E	0.4	Dificultad Completa- dependencia Grave completa

COD	AREA OCUPACIONAL	d110	d115	d140 145	d150	d160	d165	d170	d172	d175	d1751	
d1	Tabla 6 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
d3	Tabla 7 Comunicación	d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	
		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
d4	Tabla 8 Movilidad	d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	
		0.00	0.00	0.00	0.10	0.10	0.00	0.10	0.10	0.00	0.00	0.40
d5	Tabla 9 Autocuidado - cuidado personal	d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	
		0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.10	0.10	0.10	0.00	0.00	0.40
d6	Tabla 10 Vida doméstica	d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6601	d6506	
		5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	
		0.00	0.00	0.00	0.20	0.00	0.20	0.00	0.10	0.00	0.00	0.50
Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20%)												1.30

**VALOR FINAL DE LA SEGUNDA PARTE (TITULO SEGUNDO)**

Restricciones rol laboral+ Autosuficiencia económica + Edad	+ Otras Áreas Ocupacionales +	=	TITULO II (Valor Final)
17.00	1.30		18.30



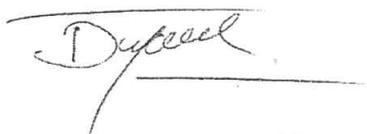
7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL					
Perdida de capacidad laboral	=	TITULO I (Valor Final Ponderada)	+	TITULO II (Valor Final)	= Valor Final
		39.46		18.30	57.76
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 30/04/2020					
Sustentación fecha de estructuración : Se estructura con la valoración documental de medicina laboral.					
ORIGEN: COMÚN					
FECHA DE ACCIDENTE :					

<b>CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD - TIPO DE ENFERMEDAD</b>
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA DECIDIR POR SI MISMO (DISCAPACIDAD MENTAL ABSOLUTA):NO
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO(Para realizar sus actividades de la vida diaria): NO
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:NO

**TIPO DE ENFERMEDAD:**

¿Enfermedad degenerativa, progresiva y crónica? SI
¿Catastrófica, alto costo, ruinosa? NO
¿Enfermedad congénita o cercana al nacimiento? NO
PCL/PCO: REVISABLE: NO

**8. GRUPO CALIFICADOR**

<p>DANYS DAYANA ALGUERO MOLINA Médico Laboral GESTAR RETHUS 56.078.488</p>	
<p>GINA MARIETTA REYES SALGUERO Control Calidad GESTAR RETHUS 52709646</p>	