

SECRETARÍA. A despacho del señor Juez las presentes diligencias. Sírvase proveer.
Santiago de Cali, 24 de Junio de 2.022.

DANIEL ARTURO DIAZ JOJOA

Secretario

Verbal Vs. Aseguradora Solidaria de Colombia S.A.
JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO
Cali, Veinticuatro (24) de Junio de dos mil veintidós (2022)
Radicación: 760013103008-2021-00086-00

Conforme memorial que precede, se denota que la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios de la Alcaldía de Santiago de Cali, según lo precisado en proveído del 10 de Mayo de los corrientes arribó respuesta a la información requerida en variadas oportunidades por esta dependencia judicial en virtud de prueba oficiosa decretada en audiencia celebrada el 26 de Octubre de 2.021; motivo por el cual, con base lo regulado en el Artículo 231 de nuestro estatuto procesal el documento allegado se pondrá en conocimiento de las partes para los fines que estimen pertinente.

Por otro lado, en vista de la solicitud de “*impulso procesal*” por la activa, huelga precisar no yacen fenecidos los términos judiciales de la contienda enantes para la etapa probatoria, encontrándose la misma dentro de los definidos en el canon 121 del C.G.P., toda vez que, como refleja el paginario se han adelantado continuamente diferentes actuaciones para consolidar la prueba de oficio decretada, pues solo el 16 de Junio de la anualidad que avanza fueron allegados a plenitud los documentos requeridos por esta judicatura a la Alcaldía de Santiago de Cali, de manera que, no adolece el proceso de inactividad alguna. Cabe destacar, puesto en conocimiento los documentos aportados se fijará fecha para la Audiencia correspondiente.

En consecuencia, el Juzgado,

R E S U E L V E:

PRIMERO: AGREGUESE el escrito allegado por la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios de la Alcaldía de Santiago de Cali, para que obre y conste en el expediente.

SEGUNDO: PONER EN CONOCIMIENTO de las partes para los fines que estimen pertinente, el escrito allegado por la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios de la Alcaldía de Santiago de Cali, conforme lo expuesto en el presente proveído.

NOTIFIQUESE

LEONARDO LENIS

JUEZ

760013103008-2021-00086-00

ag

REQUERIMIENTO PRUEBA DE OFICIO RAD No. 760013103008-2021-00086-00

de Gestión de Bienes y Servicios, Unidad Administrativa Especial <carlos.salazar.sar@cali.gov.co>

Jue 16/06/2022 15:28

Para: Juzgado 08 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j08cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Janner Rodríguez Losada <janner.rodriguez@cali.gov.co>; Jhon Carlos Hormaza Jaramillo <jhon.hormaza@cali.gov.co>; monica puentes <monica.puentes@cali.gov.co>

JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
SECRETARIO DR DANIEL ARTURO DÍAZ JOJOA

Cordial saludo,

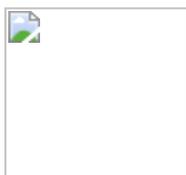
En atención a su solicitud del 23 de mayo de 2022 OFICIO No. 0285, donde me hace saber que no se enviaron los anexos que soportan lo dicho por esta Unidad Administrativa a su requerimiento, me permito por este medio enviar a su honorable despacho los anexos que había referido en el Oficio No. 202241810100003711.

Los anexos que se envían por este medio son:

1. Formato de designación de beneficiarios suscrito por la reclamante el 21 de febrero de 2012.
2. Reclamación elevada por MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA ante esta Unidad Administrativa. Radicado Orfeo No. 201941810100003492
3. Respuesta a la solicitud de reclamación donde se le informa a la peticionaria que se le corrió traslado a los intermediarios de Seguros Willis-Marsh Proseguros para que se iniciara la reclamación ante la compañía de seguros, Radicado Orfeo No. 201941810100048881.
4. Remisión de la reclamación elevada por MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA ante la compañía corredora de seguros WILLIS MARSH - PROSEGUROS para que se adelantaran los trámites correspondientes y se diera respuesta por parte de la compañía de seguros a los requerimientos de la reclamante.

Así mismo ofrezco excusas al Honorable Despacho, toda vez que por error involuntario no se anexó esta documentación en la primera comunicación.

Atentamente,

**CARLOS ALFONSO SALAZAR SARMIENTO****Director Técnico**

Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios.
Departamento Administrativo de Contratación Pública
Alcaldía de Santiago de Cali

Teléfono: (57+2 6618562/65 - 8964296)
CAM Avenida 2 Norte #10 - 70 - Piso 16
carlos.salazar.sar@cali.gov.co
www.cali.gov.co

(Nota de Confidencialidad). La información contenida en este correo electrónico y sus archivos anexos es privilegiada y confidencial, y para uso exclusivo de sus destinatarios de la misma y/o de quienes hayan sido autorizados específicamente para leerla. Su divulgación, distribución o reproducción no autorizada está estrictamente prohibida. Si por algún motivo recibe esta comunicación y usted no es el destinatario autorizado, sírvase borrarlo de inmediato, notificarle de su error a la persona que lo envió y abstenerse de divulgar su contenido y anexos, ya que esta información solo puede ser utilizada por la persona a quien está dirigida. Nota: evite imprimir este mensaje. cuidemos el medio ambiente.



(Nota de Confidencialidad). La información contenida en este correo electrónico y sus archivos anexos es privilegiada y confidencial, y para uso exclusivo de sus destinatarios de la misma y/o de quienes hayan sido autorizados específicamente para leerla. Su divulgación, distribución o reproducción no autorizada está estrictamente prohibida. Si por algún motivo recibe esta comunicación y usted no es el destinatario autorizado, sírvase borrarlo de inmediato, notificarle de su error a la persona que lo envió y abstenerse de divulgar su contenido y anexos, ya que esta información solo puede ser utilizada por la persona a quien está dirigida. Nota: evite imprimir este mensaje. cuidemos el medio ambiente.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
DE GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS



Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 201941810100048881
Fecha: 2019-12-30
TRD: 4181.010.13.1.953.004888
Rad. Padre: 201941810100003492

MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA
Corregimiento la Leonera
Teléfono 3105050423

Jesús A. Campos
11/03/2020

Asunto: Reclamación por Incapacidad Total y Permanente
Asegurado: Maria del Rosario Campos Vega
Organismo: Edil Corregimiento la Leonera
Fecha del Reclamo: 28 de Diciembre del 2019
Póliza Grupo Vida Ediles y Edilesas

Cordial saludo,

Por medio de la presente, le informo que la documentación aportada por usted mediante oficio No.201941810100003492 fue remitida a los Intermediario de Seguros Willis-Marsh Proseguros, con radicado No. 201941810100048871 del 30 de diciembre del presente año.

De acuerdo con lo anterior, se dió inicio al reclamo y en caso que la Compañía Aseguradora requiera de un documento adicional, le estaremos informando para que proceda con lo pertinente hasta llevar a feliz término el proceso de reclamación.

Atentamente,

HERNAN ALVAREZ ARCE
Líder Subproceso de Administración de Pólizas

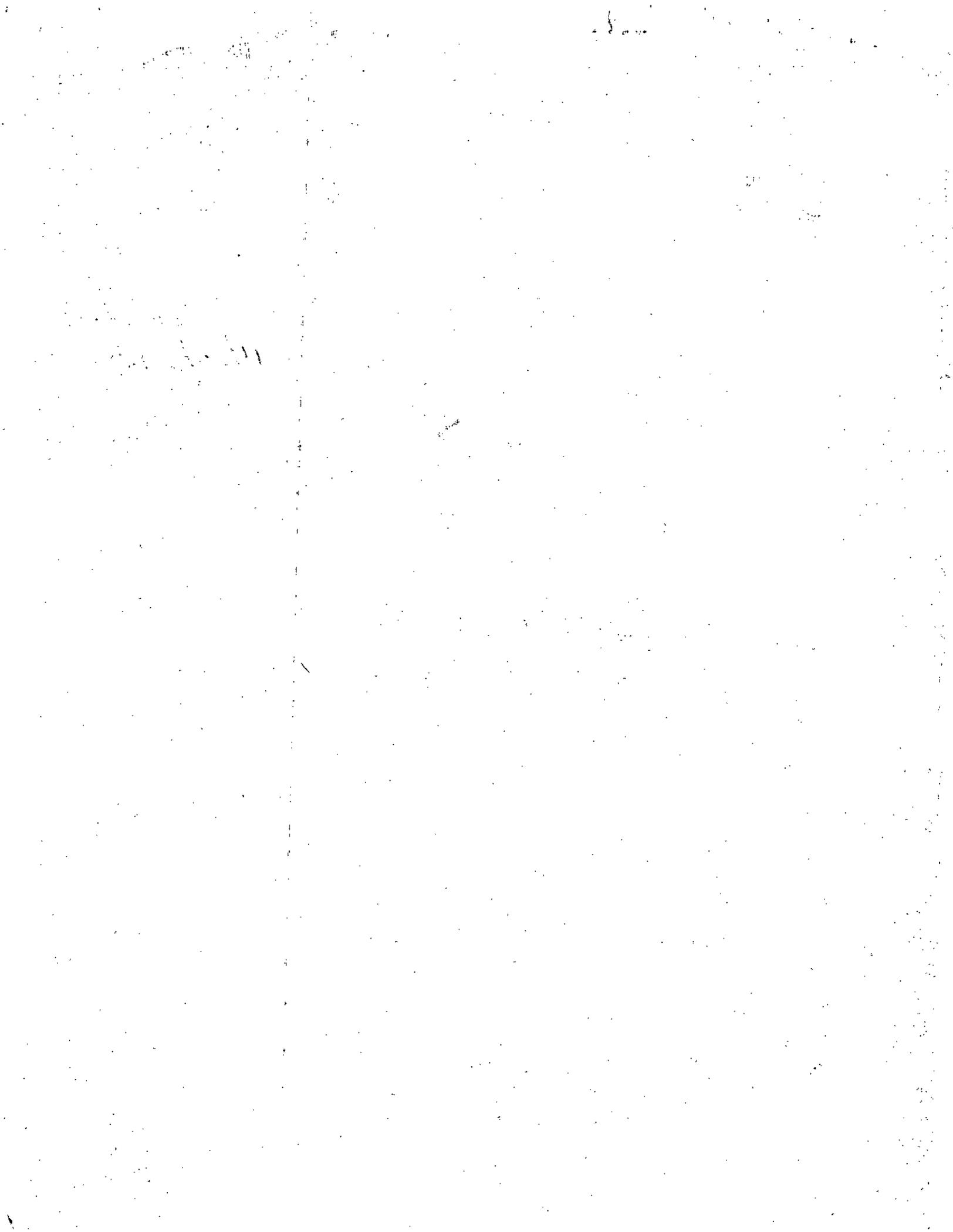
Anexos: Un (01) Folio

Proyectó: Luz María Mena Montoya- Contratista
Revisó: Hernán Álvarez Arce- Profesional Universitario

En atención del desarrollo de nuestros Sistemas de Gestión y Control Integrados le solicito comedidamente diligenciar la encuesta de satisfacción de usuario accediendo al siguiente enlace:
http://www.cali.gov.co/aplicaciones/encuestas_ciudadano/view_encuesta_satisfaccion.php



Centro Administrativo Municipal CAM Torre Alcaldía Piso 16
Teléfono: 8818585 www.cali.gov.co





ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
DE GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS



Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 201941810100048871
Fecha: 30-12-2019
TRD: 4181.010.13.1.971.004887
Rad. Padre: 201941810100003492

LUIS MARIO DAZA y/o BEATRIZ BUITRAGO DUQUE
Ejecutivos de Cuenta
Unión Temporal
WILLIS- MARSH – PROSEGUROS
CAM, Torre Alcaldía piso16

Asunto: Reclamación por Incapacidad Total y Permanente
Asegurado: Maria del Rosario Campos Vega
Organismo: Edil Corregimiento la Leonera
Fecha del Reclamo: 28 de Diciembre del 2019
Póliza Grupo Vida Ediles y Edilesas

Cordial saludo,

Con el objetivo de dar inicio al reclamo citado en el asunto, le remito la siguiente documentación:

- Carta de reclamación suscrita por la señora Maria del Rosario Campos Vega
- Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía
- Acta de Posesión como Edil Corregimiento la Leonera
- Formulario Único de conocimiento del cliente
- Carta manifestando que no posee cuenta bancaria
- Calificación de pérdida de capacidad laboral
- Historia Clinica

Willis
COLOMBIA
NIT.: 889.071.204-2

03 ENE 2020

BOCAH
2:22 pm



Centro Administrativo Municipal CAM Torre Alcaldía Piso 16
Teléfono: 8818585 www.cali.gov.co



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
DE GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Nota: Del expediente de este reclamo se deja copia electrónica en PDF digital en la oficina del Grupo de Seguros y el físico se traslada a la Compañía de Seguros para continuar con su trámite respectivo.

Atentamente,

HERNAN ALVAREZ ARCE
Líder Subproceso de Administración de Pólizas

Anexos: Ciento Treinta y cuatro (134) Folios

Proyectó: Luz María Mena Montoya- Contratista
Revisó: Hernán Álvarez Arce- Profesional Universitario



CO-SC-CFR052615



Centro Administrativo Municipal CAM Torre Alcaldía Piso 16
Teléfono: 8818585 www.cali.gov.co



No. 2019-4181010-000349-2
Asunto: INCAPACIDAD POLIZA TOT
AL MARIA DEL ROSARIO CAMPOS
Fecha Radicado 28/12/2019 11:33:40

Unidad Radicador: DESPACHO BIENES Y SERVICIOS
Destino Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios
Remite (CIU) MARIA DEL ROSARIO CAMPO ID: 31290851
Vale Numero Plana - Hto: orfeo.cali.gov.co
Se Hizo en Cali: Oficina de Control de Turnos Alcaldía 1 floor 193



201941810100003492

Santiago de Cali, Diciembre de 2

MARIA XIMENA ROMAN GARCIA
Director Técnico
Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios
Centro Administrativo Municipal CAM
Torre Alcaldía Piso 16
Ciudad

*Lo. a favor
es con
el*

ASUNTO : RECLAMO POLIZA GRUPO VIDA SERVIDOR PUBLICO, POR
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA SEÑORA
Ma del Rosario Campos Vega, IDENTIFICADO CON C.C..
31296851 DE EdiL; DEPENDENCIA
EdiL.

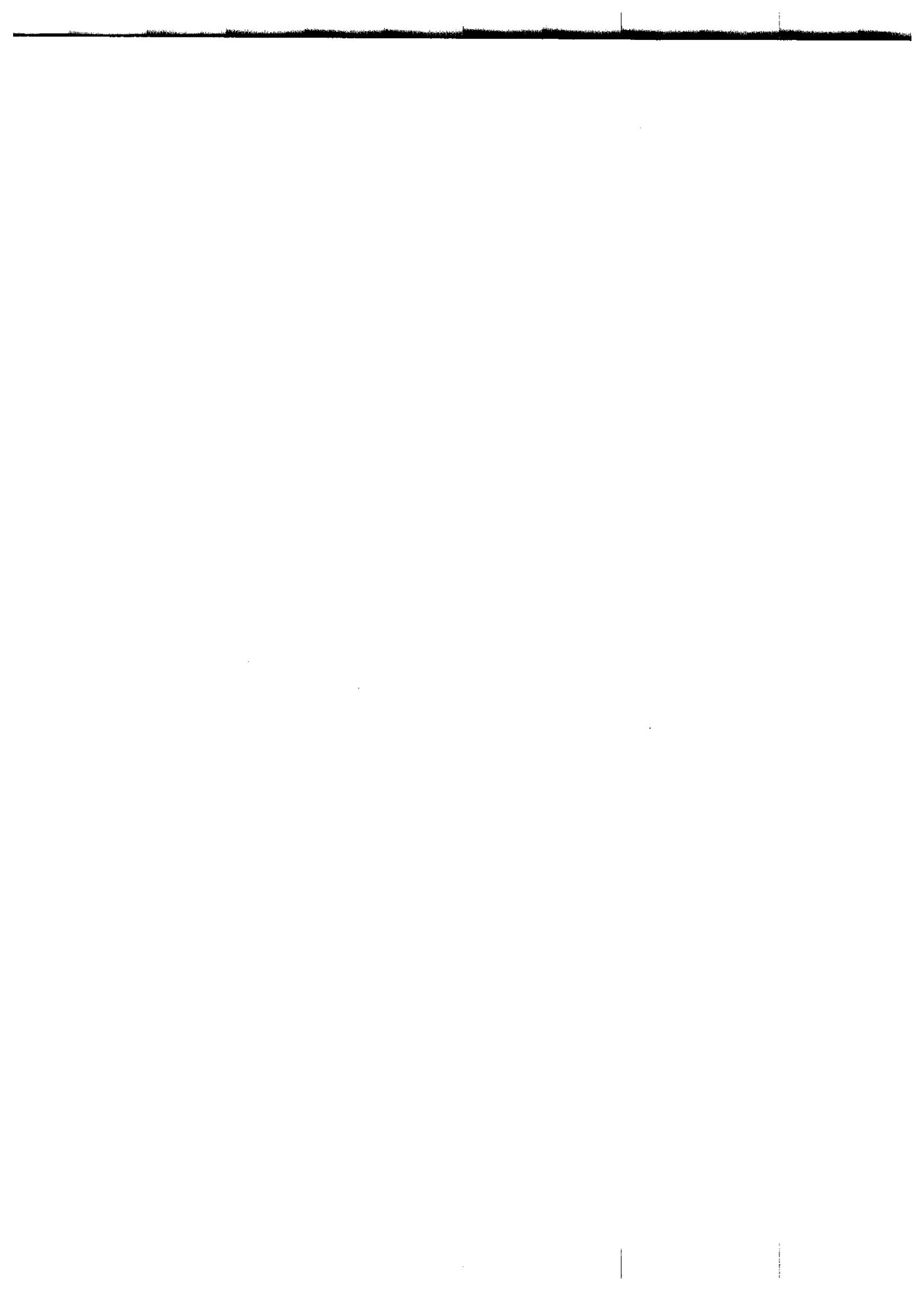
Comendidamente, solicito el pago por Incapacidad Total y Permanente de 19
señora Ma del Rosario Campos Vega.

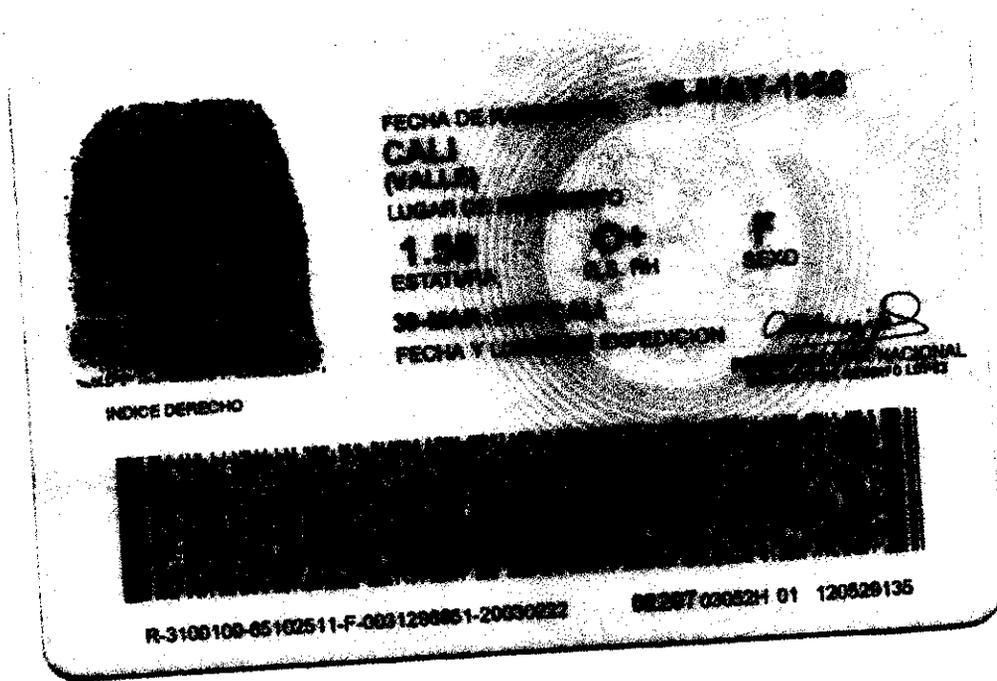
Adjunto los siguientes documentos:

- Fotocopia el el 150'6
- " Historia clinica
- Concepto Junta Regional de Calificación de Invalidez del VALLE DEL CAUCA
- Constancia de ediL

Cordialmente,

Ma del Rosario Campos Vega
NOMBRE Y APELLIDOS
C.C.No. 31296851 ediL
DIRECCION Corregimiento La Teonera
TELEFONO FIJO/CELULAR 3105050423
@MAIL: rosimts@hotmail.com





FECHA DE EMISION: 05 MAY 1998
CALI
(VALLE)
LUGAR DE EMISION:
1.50
ESTADIA
30-MAY-1998
FECHA Y LUGAR DE EMISION

F
0900
REPUBLICA NACIONAL
DE COLOMBIA

INDICE DERECHO

R-3100100-05102511-F-0091290851-20090222 08207 030524 01 120529135



Corregimiento la Leonera, 24 de Diciembre de 2019

SEÑORES
ASEGURADORA
SOLIDARIA DE COLOMBIA
L. C.

REFERENCIA: RECLAMACION POLIZA

Cordial saludo,

De la manera más atenta hago reclamación de póliza como edil en ejercicio, ya que soy servidora pública, ya que fui calificada en la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, con fecha de estructuración 03/12/2019 y me desempeño en el cargo de EDIL del Corregimiento la Leonera del Municipio Santiago de Cali, desde el 01 de Enero del 2012.

Le manifiesto que no poseo cuenta bancaria por lo tanto le solicito a Ustedes, que se me pague en cheque.

ATENTAMENTE:



MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA
CEDULA DE CIUDADANIA N° 31296851 DE CALI (VALLE)
CELULAR: 310-5050423

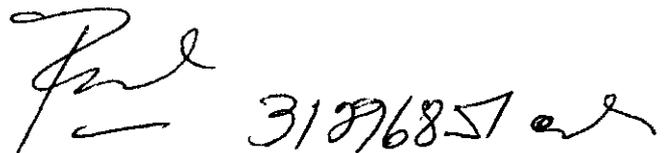




NOTIFICACIÓN PERSONAL

Se notifica personalmente del dictamen de calificación número **31296851-7663** emitido en audiencia privada el día **19 de diciembre de 2019** a él (la) Sr (Sra.) **MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **31296851**, en su calidad de Paciente. Para lo cual, se le hace entrega del mismo y se le informa que, contra esta decisión **NO** procede recurso alguno, de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1. Del Decreto 1072 de 2015.

Se firma la presente notificación hoy 20 de diciembre del 2019.



[Handwritten signature] 31296851

**FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA DEL
NOTIFICADO**





**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

Fecha de dictamen: 19/12/2019	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 31296851 - 7663
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante:	Nombre solicitante: PARTICULAR	Identificación: NIT
Teléfono:	Ciudad:	Dirección:
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2	Identificación: 805.012.111-1	Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020	Correo electrónico: jrcivalle@emcali.net.co	Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos personales de la persona calificada

Nombres y apellidos: MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA	Identificación: CC - 31296851 - CALI	Dirección: CRA 22 # 51-09 BARRIO LA NUEVA FLORESTA
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfonos: - 3105050423	Fecha nacimiento: 08/05/1958
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca	Edad: 61 año(s) 7 mes(es)	Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital: Adulto mayor	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Técnica
Correo electrónico:	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: EPS Sura
AFP: Colpensiones	ARL: Positiva compañía de seguros	Compañía de seguros:

No aplica

4. Información ocupacional

Persona económicamente no activa

Observaciones:

5. Relación de documentos y exámenes realizados (Documento)

Relación de documentos:

- Formulario de solicitud de dictamen diligenciado.
- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL





- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar.
- Comprobante pago de honorarios

Historia clínica y antecedentes

Resumen del caso:

FUNDAMENTOS DE HECHO:

Diagnóstico actual:

- (M060) ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA
- (M169) COXARTROSIS CADERAS
- (M179) GONARTROSIS RODILLAS
- (M791) FIBROMIALGIA
- (S647) LESION FIBROCARÍLAGO MUÑECA IZQUIERDA
- (K297) GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

Argumento: Paciente de 61 Años. Sexo: Femenino.

Empresa: Municipio De Santiago De Cali. **Cargo:** Edil junta administradora local. **Tiempo:** 8 años. **Actualmente:** periodo se termina 31/12/2019

pensionada por Colpensiones desde 2005 por invalidez

Estado Civil: unión libre, vive con el compañero

Escolaridad: técnica en auxiliar de enfermería

Antecedentes de importancia:

Patológicos: Artrosis. vértigo, gastritis. **Traumáticos:** Fractura de mano izquierda. **Alérgicos:** Negativo. **Tóxicos:** Negativo. **Familiares:** Negativo. **Farmacológicos:** Winadeine f, drama mine F, alendronato de calcio. **Quirúrgicas:** Manguito rotador bilateral, cirugía de caderas bilateral de rodillas bilateral, liberación túnel del carpo bilateral.

Motivo de consulta: Solicitud PARTICULAR para determinar la calificación de pérdida de capacidad laboral de todas las patologías mencionadas. De la manera mas atenta solicito a ustedes valoración que en el momento mi estado de salud esta muy deteriorada, es para condonación de Bancos Bancoomeva, Coomulcom, tarjeta éxito, credinomina, es para condonación de la deuda y reclamar póliza de la compañía solidaria de Colombia, ya que soy edil del municipio de Santiago de Cali, en menos de 3 años llevo 7 cirugías y tengo pendiente 2 (por segunda vez liberación del nervio ciático derecho etc, y también por segunda vez manguito rotador derecho) como aparece en la HC y imágenes dxs. P/D tarjeta almacenes sí y Mapfre.

Calificado(a) por la JRCIV el día 23/09/2004, Dictamen No. 0152-3961 Dx. Síndrome de túnel del carpo bilateral (el), fibromialgia múltiple, artrosis manos, lumbalgia (ec). Califico: Síndrome túnel del carpo derecho +

DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA



dominancia 3.60% Capítulo 2 Tabla 2.7 – Síndrome de túnel carpo izquierdo 3% Capítulo 2 Tabla 2.7 (Deficiencia 4.99%. Discapacidad 3.20%. Minusvalía 6.50%). PCL 14.69% Origen ENFERMEDAD LABORAL. Fecha de Estructuración 08/07/2002.

Calificado(a) por la JRCIV el día 29/07/2005, Dictamen No. 0152-5578 Dx. Espondilo artrosis degenerativa, artritis seronegativa, vértigo periférico, síndrome de túnel del carpo bilateral. Califico: Espondiloartrosis dege 17.40% Capítulo 3 tabla 3.2 – Artritis seronegativa 10% Capítulo 3 Tabla 3.2 – Vértigo periférico 5% Capítulo 13 Tabla 13.2 – Síndrome de túnel del carpo bilat 11.60% Capítulo 2 Tabla 2.7 (Deficiencia 25.38%. Discapacidad 5.20%. Minusvalía 21.0%). PCL 51.58% Origen ENFERMEDAD COMÚN. Fecha de Estructuración 14/07/2005, Ejecutoria EJE-05-1211 22/09/2005.

Resumen de información clínica:
APORTA No. 123 FOLIOS

Conceptos médicos

Fecha: 30/01/2015 **Especialidad:** CIRUGÍA MANO

Resumen:

Paciente programada para una artroscopia de muñeca izquierda, reparación del fibrocartilago triangula, no se ha podido realizar la cirugía ya que en los sitios de convenio como la clínica de fracturas y lesiones deportivas y la clínica de occidente no cuentan en la actualidad con lentes de pequeñas articulaciones para realizar en forma adecuada este tipo de procedimiento por favor cambiar orden para el centro médico Imbanaco ya que hay si cumplen con todos los instrumentos para realizar la cirugía.

Fecha: 27/11/2015 **Especialidad:** ORTOPEdia

Resumen:

MC: Dolor en cadera derecha. Dx: Pinzamiento femoroacetabular derecho, síndrome de glúteo profundo derecho. Plan: Se solicitan estudios. Radiografía de caderas y pelvis AP /dunn 45° y 90° y falso perfil de caderas, artromn de cadera derecha.

Fecha: 21/06/2018 **Especialidad:** GASTROENTERÓLOGO

Resumen:

Paciente con síntomas de dispéptico y ERGE no erosivo con mejoría IBP, refiere persistir con eructos frecuentes además sangrado rectal de origen no claro, en que se había considerado a posible relación a presencia de hemorroides al examen físico s decide continuar manejo con IBP a dosis estándar, simeticona con cada comida, SS/ colonoscopia total y control con resultados.

Fecha: 19/02/2019 **Especialidad:** OPTOMETRÍA

Resumen:

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2

Calificado: MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA

Dictamen: 31296851 - 7663

Página 3 de 10

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL





AV CC OD: 20/20 OI: 20/25.

Pruebas específicas

Fecha: 11/10/2016 **Nombre de la prueba:** ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR

Resumen:

Hernia hiatal, gastritis crónica.

Fecha: 12/10/2016 **Nombre de la prueba:** PATOLOGÍA

Resumen:

Gastritis crónica.

Fecha: 06/08/2018 **Nombre de la prueba:** DENSITOMETRÍA ÓSEA

Resumen:

Osteopenia de columna lumbar, Osteopenia de cadera izquierda, densidad ósea de cadera derecha normal según la organización mundial de la salud.

Fecha: 30/10/2018 **Nombre de la prueba:** ECOGRAFÍA HOMBRO IZQUIERDO

Resumen:

Cambios por tendinosis en el subescapular.

Fecha: 29/09/2019 **Nombre de la prueba:** RX RODILLAS COMPARATIVAS

Resumen:

Disminución difusa de la mineralización ósea. En las proyecciones realizadas no se observan trazos de fractura o trauma reciente. Incipientes cambios artrósicos degenerativos tibio femorales dados por la disminución del espacio articular asociado a esclerosis de las carillas articulares de los platillos tibiales. También hay incipientes cambios artrósicos degenerativos patelo femorales bilaterales. No hay alteraciones focales de la densidad ósea, que sugieran procesos tumorales ni infecciosos. Tejidos blandos y planos grasos conservados.

Fecha: 31/10/2019 **Nombre de la prueba:** ECOGRAFÍA DE HOMBRO DERECHO

Resumen:

Cambios en la ecogenicidad de los tendones del bíceps, supraespinoso y subescapular, que pudieran corresponder con proceder quirúrgico (junio/2019) vs tendinopatía.



Fecha: 31/10/2019 Nombre de la prueba: ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL

Resumen:

Quiste simple derecho, bosniak I.

Fecha: 25/11/2019 Nombre de la prueba: TAC PELVIS – CADERA DERECHA

Resumen:

La densidad ósea se conserva. Sin evidencia de fracturas agudas. Espacio articular coxofemoral conservados. Esclerosis del margen acetabular bilateral. La esfericidad de las cabezas femorales se conserva. No derrame articular. Espacio isquio femoral conservado en ambos lados en actual exploración en reposo. Islote óseo subcentimétrico en cuello femoral izquierdo. Calcificación heterotópicas adyacentes a cadera izquierda. Los planos musculares se encuentran respetados. Calcificaciones en tejido celular subcutáneo de la región glútea bilateral Ángulo de anteversión femoral derecho de 7°. Ángulo de anteversión femoral izquierdo de 10°.

Fecha: 28/11/2019 Nombre de la prueba: ORTOPEDIA

Resumen:

Dx. pop artroscopia de ambas caderas, síndrome de glúteo profundo cadera derecha. Paciente con datos antes mencionados quien presenta historia de haber sido realizada artroscopia de cadera derecha del compartimento anterior sin embargo el compartimento posterior no pudo ser realizado debido a sangrado que presento en esa ocasión, paciente hasta el momento permanece con molestias la cual dificultan la marcha y merman la calidad de vida, se propone resolución quirúrgica para mejorar sintomatología (se revisara compartimento anterior y posterior). Paciente afirma entender. Plan: artroscopia de cadera derecha (revisión).

Fecha: 30/11/2019 Nombre de la prueba: RMN DE COLUMNA LUMBAR

Resumen:

Anterolistesis grado I de L5 sobre S1 secundaria aparente espondilólisis bilateral de L5. Discopatía degenerativa multinivel con abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L2-L3, L3-L4, L5-S1 sin efecto compresivo significativo para el canal central. Discopatía L4-L5 asociado a protrusión subarticular derecha que contacta la raíz descendente L5 derecha, pudiendo ser causa de radiculopatía. No se documento estenosis foraminal ni signos de radiculopatía.

Tratamientos médicos y quirúrgicos

Fecha: 17/10/2015 Intervención o tratamiento: NOTA QUIRÚRGICA

Resumen:

Procedimientos realizados: Artroscopia diagnóstica de muñeca, desbridamiento lavado y limpieza de articulación de muñeca por artroscopia, sinovectomía de muñeca parcial por artroscopia, artroscopia diagnóstica de falanges (una o mas de mano +).

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Finalizado

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2

Calificado: MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA

Dictamen: 31296851 - 7663

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL





26/11/2019 CONCEPTO DE REHABILITACIÓN: Artroscopia y cirugía. Dx. pop reconstrucción manguito rotador bilateral, pop condroplastia + meniscoplastia medial y lateral rodillas bilateral. Pronostico desfavorable. 28/11/2019 CONCEPTO DE REHABILITACIÓN: Ortopedia. Dx. síndrome glúteo profundo + pinzamiento femoro acetabular. Pronostico desfavorable.

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 03/12/2019 Especialidad: MEDICO PONENTE

Valoración Médica:

SE EXPLICA SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE LEE Y ACEPTA Y SE TOMA HUELLA DACTILAR

Enfermedad actual: "Me siento mal, porque me duelen todas las articulaciones, se me inflaman las rodillas, las caderas y la columna lumbar."

Examen físico: Paciente ingresa por sus propios medios al consultorio.

Ingresar Sin ayudas ni aditamentos.

Dominancia derecha.

Orientado en las tres esferas.

Peso: 79.70 kilos. Talla: 1,58cm. Tensión Arterial: 140/90.

Ojos: Conjuntivas rosadas. Usa anteojos

Boca: Dentadura en buen estado.

Cuello: Normal.

Cardiopulmonar: Normal.

Abdomen: Normal. Se observa cicatriz supra e infra umbilical de 20 cm no Masas

Extremidades superiores cicatrices en palmas de mano de 4 cm tincl y phalen positivo,, dolor a la palpación inserción el bíceps derecho, cicatriz de 7 cm hombro derecho, flexión a 100 grados, limitados por dolor

Extremidades inferiores varias cicatrices , amas de rodillas caderas y tobillos limitados por dolor, presencia de varices bilaterales, edema de rodillas y tobillos

Espalda columna centrada flexión d e columna grado 3, dolor axial,

No déficit neurológico.

Marcha: camina con cojera.

Fecha: 03/12/2019 Especialidad: TERAPEUTA OCUPACIONAL

Paciente de 61 años con antecedente de artritis reumatoide seronegativa, coxartrosis caderas, gonartrosis rodillas, fibromialgia, lesión fibrocartilago muñeca izquierda, gastritis, independiente en ABC-AVD, orientada, ingresa sin ayudas ni aditamentos, dificultad para la marcha plena, presenta movimientos de columna lumbar disminuidos dolorosos, dolor a la palpación de columna lumbar, movimientos de cadera dolorosos, refiere dolor articular generalizado.

Rol Ocupacional:

Refiere que se encuentra pensionada desde el 2005 por invalidez. Actualmente refiere que se desempeña como presidente de las juntas administrativas locales, desde hace 8 años, indica que labora hasta el 31 de diciembre del 2019. Tareas habituales: realizar plenaria, asistir al consejo, representante de la comunidad, vigilar proyectos. Puede desplazarse por terreno regular por periodos cortos de tiempo, puede subir y bajar escaleras realizando pausas, dificultad para adquirir postura de cuchillas, manipular peso y maquinas que generan vibración. Estado civil unión libre, vive en compañía de la pareja. Presenta dificultad para participar en actividades deportivas y actividades sociales. Escolaridad: Técnica en auxiliar de enfermería.

Fundamentos de derecho:

Sentencia calificación integral T - 518 de 2011 y C - 425 de 2005

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2

Calificado: MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA

Dictamen: 31296851 - 7663

Página 6 de 10



Manual Único De Calificación De Invalidez - Decreto 1507 De 2014.

Para el caso que nos ocupa debe tenerse en cuenta que de acuerdo al capítulo preliminar numeral 3 principios de ponderación.

3. Principios de ponderación. Para efectos de calificación, el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, se distribuye porcentualmente de la siguiente manera: El rango de calificación oscila entre un mínimo de cero por ciento (0%) y un máximo de cien por ciento (100%), correspondiendo, cincuenta por ciento (50%) al Título Primero (Valoración de las deficiencias) y cincuenta por ciento (50%) al Título Segundo (Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales) del Anexo Técnico.

Tabla 1. Ponderación usada en el Anexo Técnico del Manual

Ponderación

Título Primero. Valoración de las deficiencias 50%

Título Segundo. Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales 50%

Cálculo del Valor Final de la Deficiencia: El valor final de la deficiencia Será el valor obtenido por la secuela calificable de cada una de las patologías de la persona; si tiene varias secuelas calificables de diferentes capítulos, estas se combinan mediante la fórmula de valores combinados. Una vez combinadas todas, la deficiencia del resultado final se debe ponderar al cincuenta por ciento (50%), es decir se debe multiplicar por cero coma cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero coma cinco (0,5) obteniendo como resultado o Valor Final de la Deficiencia, cuarenta por ciento (40%).

El valor de la pérdida de capacidad ocupacional para niños, niñas (mayores de 3 años) y adolescentes será: valor final de la deficiencia + valor final del Título Segundo Pérdida de Capacidad Ocupacional = (mayores de 3 años.) + Valor Final de la Título Primero (ponderado al 50%) + Valor Final del Título Segundo bebés, niños, niñas (mayores de 3 años);

Otros Fundamentos De Derecho

Otros fundamentos de derecho que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993, Artículo 42 crea las Juntas de Calificación.
- Decreto Ley 19/2012 Art.142 que modifico el Artículo 41 de la Ley 100 de 1993
- Ley 776 de 2002, reglamenta el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)
- Decreto 1352 de 26 de junio de 2013 por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1562 de 2012 Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
- Decreto único 1072 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo
- Resolución 3745 de 2015 Por la cual se adoptan los formatos de dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Análisis y conclusiones:

DECISIÓN:

La Sala dos (2) Junta Regional de Calificación de invalidez del Valle, con base en los fundamentos de hecho y derecho expuestos anteriormente y, teniendo en cuenta que, una vez revisada la documentación aportada en una carpeta y la valoración practicada, establece que:

Se analiza la calificación de deficiencias, la del rol laboral y otras áreas ocupacionales

ES LA COPIA ORIGINAL



6. Fundamentos para la calificación de la pérdida de capacidad ocupacional
Título I. Calificación de la pérdida de capacidad ocupacional



Diagnósticos y origen

CMC-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
M060	Artritis reumatoide seronegativa		Enfermedad común
M169	Coxartrosis, no especificada	COXARTROSIS CADERAS	Enfermedad común
K297	Gastritis, no especificada		Enfermedad común
M179	Gonartrosis, no especificada	GONARTROSIS DE RODILLA	Enfermedad común
M791	Mialgia	FIBROMIALGIA	Enfermedad común
S647	Traumatismo de múltiples nervios a nivel de la muñeca y de la mano	LESIÓN FIBROCARTELAGO MUÑECA IZQUIERDA	Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Total	CPP	CPNI	CPMI	CPMS	Valor	CAT	Total
Deficiencia por desorden tracto digestivo superior	4	4.6	1				NA	5,00%	5,00%
Valor combinado									5,00%

Deficiencia	Capítulo	Total	CPP	CPNI	CPMI	CPMS	Valor	CAT	Total
Deficiencias por enfermedad metabólica ósea	8	8.14	1	1	NA	NA	5,00%		5,00%
Valor combinado									5,00%

Deficiencia	Capítulo	Total	CPP	CPNI	CPMI	CPMS	Valor	CAT	Total
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	1	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
Valor combinado									10,00%

Deficiencia	Capítulo	Total	CPP	CPNI	CPMI	CPMS	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular	14	14.15	3	2	NA	NA	37,00%		37,00%
Valor combinado									37,00%

Deficiencia	Capítulo	Total	CPP	CPNI	CPMI	CPMS	Valor	CAT	Total
Lesión de segmentos móviles de la columna lumbar	15	15.3	1		1		NA	7,00%	7,00%
Valor combinado									7,00%

Capítulo 4. Deficiencias por alteración del sistema digestivo.	5,00%
Capítulo 8. Deficiencias por alteraciones del sistema endocrino.	5,00%
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	37,00%
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.	7,00%



Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar

26,21%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

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

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

100

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5

26,21%

Título II. Valoración del rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales

Valoración del rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y de esparcimiento en adultos y adultos mayores	25
--	----

Título I. Pérdida de la capacidad laboral

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	26,21%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	25,00%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	51,21%

Origen: Enfermedad

Riesgo: Común

Fecha de estructuración: 03/12/2019

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

El Artículo 3° del Decreto 1507 de 2014, define la fecha de estructuración como: "La fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional. Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral."

Con base en los fundamentos expuesto, se tiene como **FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:**

La fecha de estructuración de la invalidez, en el presente caso, corresponde al día 03 de diciembre de 2019. Fecha determinada con fundamento en la valoración realizada por medicina laboral en la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle; determinándose las secuelas, las consecuencias definitivas y una pérdida de capacidad laboral superior al 50%.

Nivel de pérdida: Invalidez

Muerte: No aplica

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD:
No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

Enfermedad de alto costo/catastrófica:
No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

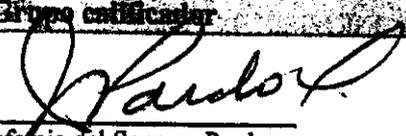
Enfermedad progresiva: No aplica

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

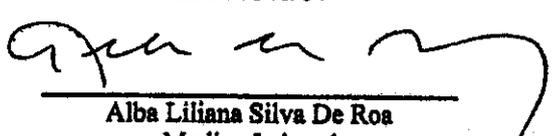


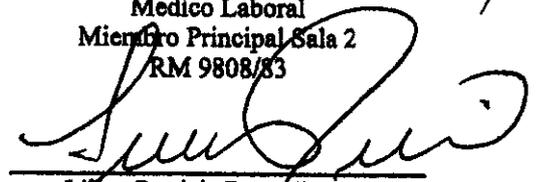


3. Grupo calificador


Judith Eufemia del Socorro Pardo
Herrera

Médico ponente
Miembro Principal Sala 2
RM 10146/84


Alba Lilibiana Silva De Roa
Medico Laboral
Miembro Principal Sala 2
RM 9808/83


Lhian Patricia Posso Rosero
Terapeuta Ocupacional
Miembro Principal Sala 2
RG 13425/97

**ESPACIO EN
BLANCO**


DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

**LA ABOGADA Y MIEMBRO PRINCIPAL DE LA SALA DOS DE
LA JUNTA REGIONAL DE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ
DEL VALLE DEL CAUCA**

CERTIFICA

Declara en firme el Dictamen número **31296851-7663** fecha **19 de diciembre del año 2019**, de la calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral del Señor(a) **MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **31.296.851**.

Se aclara que este dictamen fue solicitado para trámite administrativo, por lo tanto, se expide la Ejecutoria en los mismos términos.

Se firma la presente certificación, a los 20 días del mes de diciembre de 2019.



JULIETA BARCO LLANOS
Abogada y Miembro Principal Sala No. 2

COPIA: MARIA DEL ROSARIO CAMPOS VEGA

EXPEDIENTE - CONSECUTIVO



FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL FAMILIAR COMERCIAL SIN VÍNCULO

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO

TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: <u>3196851</u>		LUGAR DE EXPEDICIÓN <u>CAJ</u>	FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA <u>30</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1977</u>
PRIMER APELLIDO <u>Campos</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>Vega</u>	PRIMER NOMBRE <u>MARIA</u>	SEGUNDO NOMBRE <u>DEL ROSARIO</u>
DIRECCIÓN DOMICILIO <u>Callejamiento La Leona</u>	TELÉFONO DOMICILIO	CIUDAD/MUNICIPIO <u>CAJ</u>	DEPARTAMENTO <u>VALLE DEL CAUCA</u>
CORREO ELECTRÓNICO <u>resimts@hotmail.com</u>	TELÉFONO CELULAR <u>3105250423</u>	OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX	NACIONALIDAD <u>Colombiano</u>
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA <u>08</u> MES <u>05</u> AÑO <u>1958</u>	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input checked="" type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input checked="" type="checkbox"/>	DETALLE: <u>EDIL Comuna #58</u>		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA O DEPARTAMENTO	CARGO QUE DESEMPEÑA	PROFESIÓN U OFICIO
DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO OFICINA / FAX	MUNICIPIO/CIUDAD	DEPARTAMENTO

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PPE):

¿Es Usted una Persona de reconocimiento público? SI NO ¿Es Usted una persona que ejerce cargos públicos? SI NO ¿Es Usted familiar de una PPE? SI NO

En caso de diligenciar SI, por favor detalle sus relacionados:

Número de documento	Nombre Completo	Vínculo con la PPE
Número de documento	Nombre Completo	Vínculo con la PPE
Número de documento	Nombre Completo	Vínculo con la PPE

Nota: Persona Públicamente Expuesta (PPE): I) las personas expuestas políticamente, II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PPE), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

INGRESO MENSUAL \$ <u>2680.000</u>	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ <u>0</u>	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ <u>2680.000</u>	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ <u>1100.000</u>
TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$		

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. PAGO DE SERVICIOS

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLA.	INDEM.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- Declaro expresamente que:
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
 - La información que he suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 - Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
 - Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
 - Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
 - Origen de ingresos: Producto de mi trabajo

CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

- Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:
- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
 - El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
 - El alcance de los servicios de intermediación.
 - Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
 - La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
 - La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
 - La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
 - El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
 - Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante **LA ASEGURADORA** para:

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA. SI NO
- b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI NO
- c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. SI NO
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI NO

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el Tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado;
3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL

Convento con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla;
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente;
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- 5) a solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

M^a del Rosario Campos Vega
 NOMBRE

[Firma manuscrita]
 FIRMA C.C. 31276851 en



OBSERVACIÓN HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____ FECHA _____ HORA _____
 NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____
 CARGO _____
 RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN JURÍDICO ADMINISTRATIVO ADMINISTRACIÓN DE BIENES INMUEBLES, MUEBLES Y AUTOMOTORES	SISTEMAS DE GESTIÓN SGC - MECI - SISTEDA FORMATO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA DE GRUPO VIDA DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI	MAJA01.03.01.18.P01.F03	
		VERSIÓN	1
		FECHA APROBACIÓN	05/nov/2010

TOMADOR MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
 ASEGURADO María del Rosario Campos Vega
 No. CEDULA 31296857 DE Cali

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRES DE LOS BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE %
<u>Paola Andrea Camacho C</u>	<u>Hija</u>	<u>100 %</u>

La presente designación de beneficiarios deja sin validez cualquier otra anterior sobre el mismo asegurado.


0031296857 el
 Servidor Público
 Firma y No. de Cédula



HUELLA

Febrero 21- 2012
 Fecha de Diligenciamiento