
Señores

**JUZGADO CUARTO (4) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA
MÚLTIPLE NEIVA - HUILA**

E. S. D.

Referencia: Proceso verbal sumario No. 410014189004 2021 00005 00

Demandante: JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE

Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Asunto: Contestación a la demanda.

Respetados señores,

HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderado de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, mediante el presente escrito, procedo a **CONTESTAR DEMANDA** promovido en su contra, en los siguientes términos.

I. OPORTUNIDAD DE ESTA CONTESTACIÓN. -

La contestación se presenta dentro del término de diez (10) días establecido en el auto admisorio de la demanda, el cual comenzó a contabilizarse el 3 de mayo de 2021, considerando que la notificación personal en el buzón de correo electrónico de mi representada se efectuó el 28 de abril del mismo año. En consecuencia, el plazo para radicar este escrito se cumple el 14 de mayo de 2021 y teniendo en cuenta la fecha en que se envía, se radica en oportunamente.

II. SOLICITUD DE SANEAMIENTO DEL PROCESO. -

En virtud de lo establecido en el artículo 132 del Código General del Proceso, que ordena al juez realizar el control de legalidad para corregir o sanear los vicios que configuren nulidades e irregularidades del proceso, le solicito adecuar el procedimiento de este asunto para que se le imprima el trámite de proceso **verbal** de menor cuantía, como quiera que las pretensiones al momento de radicar la demanda eran mayores a 40 s.m.m.l.v. del 2021.

Si bien en los capítulos de juramento estimatorio y cuantía de la demanda se indicó que las pretensiones ascendían a la suma de \$34.231.894, valor inferior a 40 s.m.m.l.v., lo cierto es que en la pretensión cuarta se solicita el pago de intereses moratorios sin indicar desde qué fecha se cuantifican, pero citando el artículo 1080 del Código de Comercio. Esto implica la posibilidad de condena de intereses moratorios causados previamente a la presentación de la demanda, que no se tuvieron en cuenta al momento de determinar la cuantía y, por ende, el trámite que debía dársele el proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, se solicita al juzgado sanear el trámite del proceso y a la apoderada del demandante coadyuvar esta petición, como quiera que, en aplicación del numeral 1 del artículo 78 del Código General del Proceso, las partes deben actuar con lealtad y de buena fe.

III. SÍNTESIS DE LA DEFENSA. -

El señor JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE solicita el pago de la indemnización del amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza de Vida Grupo Plan Creciente No. 2783014254801, con ocasión a la calificación de pérdida de capacidad laboral que le realizó la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila el 26 de febrero de 2018.

Estas pretensiones deberán negarse por el juzgado, toda vez que se configuró la prescripción ordinaria (2 años) de las acciones derivadas del contrato de seguro en el que el demandante tenía calidad de asegurado, pues el hecho que da base a la acción data de febrero de 2018 y 7 de marzo del mismo año reclamó a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A, por ende, el fenómeno prescriptivo se consolidó el 7 de marzo de 2020 y la demanda se radicó el 15 de enero de 2021.

IV. PARTES INTERVINIENTES. -

1. Demandante:

JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE, domiciliado en Neiva e identificado con cédula de ciudadanía No. 83.237.121.

2. Demandado:

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., sociedad domiciliada en Bogotá D.C. con NIT. 860.002.503 - 2 y representada legalmente por Javier José Suárez Esparragosa, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.418.827 de Bogotá.

V. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA. -

1. ES CIERTO.
2. ES CIERTO.
3. ES CIERTO.
4. ES CIERTO, la Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801 ampara los riesgos vida, indemnización por muerte accidental y beneficios por desmembración, incapacidad total y permanente y enfermedades graves.
5. ES CIERTO, no obstante, mi representada refirió que el asegurado no acreditó el cumplimiento de las condiciones pactadas en la Póliza para la afectación del seguro.
6. ES CIERTO. De acuerdo con lo confesado en este hecho, se advierte que el actor tenía pleno conocimiento de ello y que la notificación de dicho dictamen debió haber ocurrido entre la fecha su expedición (26 de febrero de 2018), y la fecha en la que presentó la solicitud indemnizatoria ante COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. (7 de marzo de 2018) en la que aportó dicho dictamen. Luego, si se contabiliza el término de prescripción ordinaria desde el **7 de marzo de 2018**, el demandante tenía hasta el **7 de marzo de 2020** para presentar la demanda. Lo que significa que ejerció tardíamente su derecho de acción derivado del contrato de seguro.
7. ES CIERTO, el 7 de marzo de 2018 el actor presentó ante mi representada la reclamación de la Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801. Si

se contabiliza el término de prescripción ordinaria (2 años) desde ese momento, el demandante tenía hasta el 7 de marzo de 2020 para presentar la demanda, pero no lo hizo.

8. ES PARCIALMENTE CIERTO, mi representada mediante comunicación del 8 de abril de 2018 objetó la reclamación, sin embargo, no es cierta la motivación que afirma la apoderada del actor, pues COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. señaló que como el asegurado no acreditaba la finalización de su tratamiento, no se podía establecer si la incapacidad que se genera es total y permanente.
9. ES PARCIALMENTE CIERTO, pues el actor presentó la solicitud de reconsideración el 25 de mayo de 2018, pero en esta no se indica que dichas patologías son degenerativas e irreversibles.
10. ES PARCIALMENTE CIERTO, mi representada mediante comunicación del 18 de junio de 2018 reiteró la objeción bajo el argumento de que el tratamiento médico del actor no había finalizado, motivo por el cual, no era posible establecer si se generaba la incapacidad total y permanente.
11. ES CIERTO que el demandante presentó una nueva solicitud de reconsideración.
12. ES CIERTO, mi representada mediante comunicación del 31 de julio de 2018 reiteró la objeción a la reclamación del actor, indicando que para acceder a la indemnización por incapacidad total y permanente se deben cumplir todos los supuestos establecidos en el condicionado general del contrato de seguro, es decir, que el asegurado haya sufrido lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que dichas lesiones le impidan de por vida desarrollar cualquier trabajo remunerativo y que haya tenido una incapacidad por un periodo continuo no menor a 150 días.
13. ES CIERTO, que el actor presentó nueva solicitud de afectación de la póliza.
14. ES CIERTO, mediante comunicación del 19 de noviembre de 2018 mi mandante reiteró la objeción al pago de la reclamación presentada por el demandante, indicando que no es posible establecer es el estado médico del asegurado y reitera que, para que haya lugar a la cobertura, es necesario cumplir a cabalidad con las condiciones del contrato, es decir, la incapacidad durante 150 días y que de por vida no pueda desempeñar cualquier trabajo remunerativo.
15. NO ES UN HECHO, es una apreciación subjetiva de la apoderada del demandante. En todo caso, no me consta y deberá probar lo que afirma.
16. NO ME CONSTA, es un hecho ajeno a mi representada el cual deberá probarse.
17. ES CIERTO.

VI. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. -

ME OPONGO a las pretensiones de la demanda, toda vez que se configuró la prescripción ordinaria del contrato de seguro y no se acreditó la ocurrencia del riesgo asegurado. En todo caso me pronunciaré sobre cada una de ellas:

1. NO ME OPONGO, en la medida que se trata de un hecho de la demanda que fue aceptado y no es una pretensión que tenga una finalidad condenatoria o de responsabilidad.

2. NO ME OPONGO, en razón a lo anterior.
3. ME OPONGO, dado que se configura la prescripción ordinaria del contrato de seguro, lo que obliga al juez a negar en su totalidad las pretensiones de la demanda.
4. ME OPONGO, habida cuenta que, al configurarse la prescripción del contrato de seguro, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. no puede ser condenada al pago de intereses moratorios.
5. ME OPONGO, en la medida que mi representada no puede ser condenada, por lo tanto, no podrá ordenarse indexar pago alguno. Además, no es viable plantear en una pretensión la indexación y en otra del pago de intereses moratorios.
6. ME OPONGO, puesto que, al no existir responsabilidad de mi representada, no puede ser condenada a las costas procesales.

VII. FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA. -

Mi poderdante no puede ser condenada en el presente litigio como quiera que se configuró la prescripción ordinaria del contrato de seguro consignado en la Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801 (1) y, de cualquier forma, la parte demandante no acredita los requisitos del amparo de incapacidad total y permanente.

1. Prescripción del contrato de seguro consignado en la Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801

La prescripción del contrato de seguro puede ser ordinaria o extraordinaria. La primera es de dos (2) años y cuenta desde el momento en que el interesado tuvo o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción a seguir mientras la extraordinaria es de cinco (5) años que se cuentan desde que nace el respectivo derecho.

Al respecto, dispone el artículo 1081 del Código de Comercio lo siguiente:

“Artículo 1081. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

Sobre la prescripción del contrato de seguro tiene dicho la jurisprudencia que los dos tipos de prescripción (ordinaria y extraordinaria) son independientes, que la ordinaria es subjetiva mientras la extraordinaria es objetiva, que pueden correr de manera simultánea, que materializada una ya no opera la otra, y que no puede el interesado escoger una u otra en función de sus intereses.

Así, por ejemplo, dijo la sala civil de la Corte Suprema de Justicia, lo siguiente:

“Para la primera [la ordinaria], el anotado término de dos años irrumpe desde cuando el titular conoció o debió conocer la ocurrencia del hecho que habilita su ejercicio, como ya tangencialmente se mencionó. Al respecto, desde un ángulo jurídico-temporal, pertinente es destacar que uno es el momento de ocurrencia del hecho y otro aquél en que el accionante supo o debió saber de su acaecimiento, sin perjuicio, claro está, de que en casos específicos, como suele suceder con inusitada frecuencia en la praxis, puedan darse las dos circunstancias en un mismo tempus. La extraordinaria se inicia a partir de cuando nace el derecho, objetivamente considerado. Por ello, conforme ya se observó, opera frente a toda clase de personas y al margen de cualquier conocimiento (real o efectivo, presunto o presuntivo).

f) En punto de su operancia, propio es notar que las dos formas de prescripción son independientes, amén que autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, y que adquiere materialización jurídica la primera de ellas que se configure. Ahora bien, como la extraordinaria aplica a toda clase de personas y su término inicia desde cuando nace el respectivo derecho (objetiva), ella se consolidará siempre y cuando no lo haya sido antes la ordinaria, según el caso.”¹

Ahora bien, aplicadas estas notas sobre prescripción a la Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801 tenemos que el término de prescripción ordinaria cuenta desde el conocimiento que tiene el interesado sobre el incumplimiento de la obligación que fue asegurada.

Conforme con lo anterior, en este asunto la prescripción ordinaria del contrato de seguro se contabiliza desde que se tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción. De acuerdo con lo planteado por la apoderada del demandante en el hecho décimo quinto de la demanda, con el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila del 26 de febrero de 2018 se acreditaba el riesgo de incapacidad total y permanente asegurado en la póliza, por ende, este es el hecho que da base a la acción. De ahí que, a partir de la fecha en que al señor JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE se la haya notificado ese dictamen, se debe contabilizar el término de prescripción ordinaria.

Al revisar los documentos aportados en la demanda, no se encuentra el acta u oficio en el que conste la fecha en que el mencionado dictamen fue notificado al actor, sin embargo, ello debió haber ocurrido entre la fecha su expedición, esto es, 26 de febrero de 2018, y el 7 de marzo de 2018, fecha en la que presentó la solicitud indemnizatoria ante COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. en el que aportó dicho dictamen. Luego, si se contabiliza el término de prescripción ordinaria desde el **7 de marzo de 2018**, el demandante tenía hasta el **7 de marzo de 2020** para presentar la demanda, pero no lo hizo, puesto que esta se radicó el **15 de enero de 2021**. Lo que significa que ejerció tardíamente su derecho de acción derivado del contrato de seguro.

Conviene advertir desde ahora, que el derecho también estaría prescrito si se aplica el artículo 94 del Código General del Proceso, que dispone que *“El término de prescripción ...se interrumpe [por una sola vez] por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor...”*. Esto por cuanto ese primer requerimiento que el señor JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE le formuló a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. fue el del 7 de marzo de 2018 y fue el único que tuvo por efecto interrumpir la prescripción, así que tenía hasta el 7 de marzo de 2020 para radicar la demanda y no lo hizo.

A la misma conclusión se llega si se contabiliza la prescripción ordinaria desde la fecha en que el demandante cumplió los ciento cincuenta (150) días de incapacidad a los que refiere el amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza de Vida Grupo

¹ Sala Civil, Corte Suprema de Justicia. Exp. 1998-04690. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

Plan Creciente No. 2783014254801. En la demanda se explica que el señor JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE fue incapacitado desde el 21 de mayo de 2017 hasta el 21 de enero de 2018, por consiguiente, si se toma esta última fecha como hecho que da base a la acción, el demandante debía presentar la demanda en contra de mi representada a más tardar el 21 de enero de 2020, lo que no hizo, ya que -se reitera- esta fue presentada el 15 de enero de 2021, configurándose así la prescripción ordinaria del contrato de seguro.

Adicionalmente, se estima pertinente aclarar que la solicitud de conciliación prejudicial para agotar el requisito de procedibilidad se presentó el 11 de agosto de 2020, momento para el cual ya se encontraba consolidada la prescripción ordinaria del contrato de seguro, por lo tanto, dicha petición no generó la suspensión de ningún término prescriptivo.

Por último, el inciso final del artículo 1081 del Código de Comercio consagra que el término de prescripción no puede ser modificado por las partes, luego, más allá de que el juzgado encuentre comprobado el derecho o reproche las respuestas emitidas por COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., deberá contabilizar el término de prescripción como se explicó previamente, siendo forzoso para el juzgador declararla.

En vista de todo lo expuesto, se solicita el juzgado declarar la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro con la que contaba el señor JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE y, en efecto, negar la totalidad de las pretensiones de la demanda.

2. Falta de acreditación del riesgo asegurado en la a la Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801

En este caso no podrá condenarse a mi representada a pagar suma alguna en razón a que el riesgo asegurado en el amparo de incapacidad total y permanente no se ha acreditado por la parte demandante. Para establecer si en el caso *sublite* se comprobó el riesgo asegurado se debe analizar el riesgo que se amparó y seguido si en el caso en concreto se configuró o no. La Póliza de Vida Grupo Plan Creciente tiene el amparo de incapacidad total y permanente descrito en los siguientes términos:

*“PRIMERA. - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haya sido provocada por el asegurado.”*

Conforme con lo anterior, se advierte que como presupuesto fundamental para poder sostener que ocurrió el amparo de incapacidad total y permanente y en efecto, solicitar el pago de la indemnización por dicha cobertura, el asegurado debió acreditar que derivado de las patologías padecidas se ocasionara una imposibilidad de desempeñar cualquier trabajo remunerativo y que dicha incapacidad sea continua y no ser menor a ciento cincuenta (150) días. Esta carga probatoria está dispuesta en el artículo 1077 del Código de Comercio que señala:

*“ARTÍCULO 1077. Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.
El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”.*

En este proceso la parte demandante no acreditó que las patologías que padece le impiden desempeñar cualquier trabajo remunerativo y no comprobó una incapacidad sea continua y mayor a ciento cincuenta (150) días, lo cual es indispensable para verificar que el riesgo asegurado haya ocurrido en vigencia del contrato de seguro, y que lo dictaminado es un incapacidad total y permanente.

En ese orden de ideas, la parte demandante incumplió con su carga de probar la ocurrencia del siniestro y, en efecto, no podrá condenarse a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

VIII. EXCEPCIONES DE MÉRITO. -

1. Prescripción del contrato de seguro.

Se configuró la prescripción ordinaria (2 años) derivada del contrato de seguro de Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801, cuyo asegurado fue el señor JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE, puesto que si se cuenta desde el momento que tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción, que para su apoderada fue la notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila del 26 de febrero de 2018, el fenómeno se consolidó antes de que se presentara la solicitud de conciliación extrajudicial y la demanda.

2. Falta de acreditación de los requisitos para la afectación de la póliza.

Como bien lo establecen las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo - Plan Creciente No. 2783014254801, para que se afecte el amparo de incapacidad total y permanente se debe acreditar que la incapacidad impida al asegurado desempeñar un trabajo remunerativo, y que haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días.

De acuerdo con lo explicado en los fundamentos de la defensa, el demandante no acreditó los requisitos del amparo.

IX. PRUEBAS. -

Solicito se tengan como pruebas las siguientes:

1. Documentales:

- 1.1.** Copia de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Plan Creciente No.
- 1.2.** Copia de las condiciones generales de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Plan Creciente.
- 1.3.** Copia de la reclamación del 7 de marzo de 2018 presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.
- 1.4.** Copia de la comunicación del 8 de abril de 2018 en la cual se objeta la reclamación presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.
- 1.5.** Copia de la solicitud de reconsideración del 25 de mayo de 2018 presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.
- 1.6.** Copia de la comunicación del 18 de junio de 2018 en la cual se reitera la objeción a la reclamación presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.
- 1.7.** Copia de la solicitud de reconsideración de junio de 2018 presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.
- 1.8.** Copia de la comunicación del 31 de julio de 2018 en la cual se reitera la objeción a la reclamación presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.

- 1.9. Copia de la solicitud de reconsideración de septiembre de 2018 presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.
- 1.10. Copia de la comunicación del 19 de noviembre de 2018 en la cual se reitera la objeción a la reclamación presentada por el señor Jesús Antonio Polanco.
- 1.11. Concepto médico del 14 de agosto de 2018 emitido por Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- 1.12. Copia de la constancia de no acuerdo conciliatorio del 24 de agosto de 2020.

2. Interrogatorio de parte:

Ruego el favor al despacho de decretar y practicar el interrogatorio de parte de JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE para que responda las preguntas que le formularé por escrito en pliego abierto o cerrado. En caso de que el absolvente concurra a la audiencia me reservo el derecho de sustituir o completar las preguntas del pliego por cuestionamientos verbales.

3. Oficio:

Solicito oficiar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila para que informe al presente proceso la fecha en que le notificaron el dictamen de pérdida de capacidad No. 8417 del 26 de febrero de 2018 al señor JESÚS ANTONIO POLANCO (C.C. No. 83.237.121).

En cumplimiento de lo estipulado en el inciso segundo del artículo 173 del Código General del Proceso, le aclaro al juzgado que procederé a presentar el derecho de petición ante las respectivas entidades con el fin de acreditar la solicitud de la información requerida.

X. ANEXOS. -

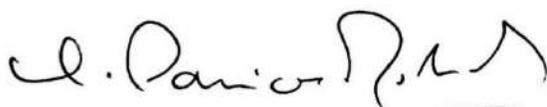
1. Documentos mencionados en el acápite de pruebas.
2. El poder debidamente otorgado junto con el certificado de existencia y representación legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

XI. NOTIFICACIONES. -

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. recibirá notificaciones en la Avenida El Dorado No. 68B - 31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C y al correo electrónico notificaciones@segurosbolivar.com.

El suscrito recibirá en la Secretaría de su despacho, en la Calle 78 No. 9 - 57 Piso 6 de Bogotá D.C. y en los canales digitales para los fines del proceso: hmedina@mypabogados.com.co / gcajamarca@mypabogados.com.co / fernanda.bernal@mypabogados.com.co.

Atentamente,



HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS
C.C. 79.795.035 de Bogotá
T.P. 108.945 del C.S.J.
(LB/GC)

Principal

Diligenciar

Atender

Consultas

Reportes

SOLICITUD POR CALIFICAR # 1479444			
Servicio:	AUTORIZACIONES ESPECIALES ACE.		
Area Proveedor:	TECNICO DE SEGUROS DE VIDA GRUPO ACE	Persona Responsable:	CARRILLO MUÑOZ DIANA MILENA
Area que hace la solicitud:	A.C. ESPECIALIZADA NEIVA	Persona que hace la solicitud:	LIBERATO LOPERA ADRIANA ALEXANDRA
Fecha de generación:	2015-06-25 11:29:48.0	Fecha de Vigencia:	2015-06-26 08:00:00.0
Fecha Estimada de Terminación:	2015-06-30 18:00:00.0	Fecha de escalamiento:	2015-06-30 18:00:00.0
Estado:	TERMINADO PARA EVALUACION Y CALIFICACION DEL CLIENTE	Fecha real de terminación:	2015-06-25 16:15:53.0
Oportunidad (Tiempo de la respuesta):	EXCEDE LO ESPERADO	Percepción del Servicio(Calidad de la respuesta):	No calificado aun
Acuerdo de Servicio:	2 DI	Tiempo total estimado de atención:	2
Nivel Escalamiento:	0		
Mensaje:			

Características

Característica	Descripción
Solicitud Especifica	poliza con una antigüedad de 18 años que se ha cancelado dos veces, supera limites permitidos por la compañía . Cliente solicita conversión a otra cuenta bancaria ya que la actual no la utiliza con frecuencia, Pór esta razón su póliza se ha cancelado en dos ocasiones
Causa de la Inconsistencia	facturas pendientes, No maneja dinero en la cuenta que posee
Número de póliza principal	280100173121
Cantidad de Consecutivos incluidos en el caso	ASEGURADO CC 83237121 JESUS A POLANCO MONTEALEGRE
Número de cada consecutivo involucrado en el caso	2801001731218
Notas	el cliente solicita conversión a banco caja social

Respuestas y/o Preguntas

Fecha	Autor	Observación
2015-	CARRILLO MUÑOZ	Cuales son las condiciones de conversión ? (periodicidad,

06-25	DIANA MILENA	canal de descuento, valor asegurado , etc)
2015-06-25	LIBERATO LOPERA ADRIANA ALEXANDRA	periodicidad anual, canal de descuento es banco caja social con cuenta de ahorro No 24523911539,vaslor asegurado 31.675.788
2015-06-25	LIBERATO LOPERA ADRIANA ALEXANDRA	la prima anual es de 339.628 con anexo de enfermedades graves
2015-06-25	CARRILLO MUÑOZ DIANA MILENA	Se autoriza la conversión de la póliza 2801001731218 en igualdad de condiciones . Adjuntar copia impresa de esta definición junto a la documentación correspondiente.



Salvar Respuestas

Historia

Estado	Fecha	Observación
GENERADO	2015-06-25	
ENVIADO Y EN ESTUDIO	2015-06-25	
TERMINADO PARA EVALUACION Y CALIFICACION DEL CLIENTE	2015-06-25	

Archivos anexos a la solicitud

Enviar	Archivo	Fecha de colocación
<input type="checkbox"/>	1479444_1_Solicitud Reactivacion Jesus Antonio Polanco.pdf	2015-06-25

Sugerencia:
 Genere correo sólo cuando sea estrictamente necesario
 Click sobre el enlace le permite ver el archivo sin descarga
 Click derecho sobre el enlace le permite descargar el archivo

Enviar archivos por correo

CALIFICAR	
Percepción del Servicio :	<input type="text"/>
Justificación :	<input type="text"/>
Calificar o Devolver	

Añadir Archivos

SEGUROS
BOLÍVAR



CERTIFICA QUE:

El Señor JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE Identificada con cédula de ciudadanía No. 83237121 Adquirió con la compañía la póliza Davida Integral No. 2801001731218 Y GR 2801005000001 descontada través de la cuenta de ahorros del BANCO DAVIVIENDA Con vigencia inicial 01/08/1997 con un valor asegurado de \$ 11.928.454 Millones.

Para cambio de forma de pago suscribe la póliza Plan Creciente GR 2783014254801, y Certificado No. 1332068 que será descontado a través de la cuenta de ahorros del BANCO CAJA SOCIAL con vigencia inicial 01/07/2015, con valor asegurado de \$ 31.675.788 Millones Y una prima Anual de \$ 339.628 pesos.

Esta certificación tiene validez para todos los efectos legales e indemnizatorios conservando antigüedad en los amparos suscritos inicialmente.

Se expide en Neiva a los (26) días del mes de Junio del 2015.

Cordialmente,

Adriana Alexandra Liberato
P/p.
ADRIANA ALEXANDRA LIBERATO
Directora Regional De Conservación
ÁREA COMERCIAL ESPECIALIZADA – IBAGUE
SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Calle 7 No. 7 - 09 TEL 716284 NEIVA

FORMA B-408 (Red. Enc./15)



No. Solic./Certif.	Póliza GR-
1332068	2783014254801

Vigencia desde	A las 24 horas	Vigencia hasta	A las 24 horas	Declaración de asegurabilidad
D 01	M 07	A 2015	D 01	M 07
Fecha de expedición		Tomador		Tipo y No. de documento
D 26	M 06	A 2015	Banco Gaja Social	C.C.O C.E. O NIT 830 078 512
Localidad de radicación		Producto		Código intermediario
MNE		719		34477

Datos generales del asegurado

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)		
Polanco	Montalegre	Jesus Antonio		
Tipo y No. de documento		Fecha de expedición	Lugar de expedición	Sexo
C.C.O C.E. O NIT 83237.121		03 06 1985	Yaguara - Huila	M X F O
Lugar de nacimiento		Nacionalidad	Estado civil	
Yaguara - Huila		Colombiana	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	
E-mail		Celular	Teléfono residencia	Dirección residencia
japol-173@hotmail.com		3115149830		Cir 43A # 19-37
Ciudad de residencia		Departamento	Dirección de correspondencia	
Neiva		Huila	Cir 43A # 19-37	

Actividad económica

Profesión	Ocupación actual	Asalariado <input checked="" type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>		
Técnico en	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económica principal (CIU):		
Patrolos				
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña			
Vavisur y Compañia LTDA	Coordinador de Mantenimiento			
Dirección del trabajo	Ciudad	Teléfono	Fax oficina	
Cir 26 # 4W-24	Neiva	8752059		
Servidor Público	Maneja Recursos Públicos		Persona públicamente reconocida	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?				
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				

Información financiera

Total Activos				
No tiene <input type="checkbox"/>	menos de 20 millones <input type="checkbox"/>	20 a 50 millones <input type="checkbox"/>	50 a 100 millones <input type="checkbox"/>	100 a 200 millones <input checked="" type="checkbox"/>
Total Pasivos				
No tiene <input type="checkbox"/>	menos de 20 millones <input type="checkbox"/>	20 a 50 millones <input checked="" type="checkbox"/>	50 a 100 millones <input type="checkbox"/>	100 a 200 millones <input type="checkbox"/>
Total Ingresos				
No tiene <input type="checkbox"/>	0 a 1 millón <input type="checkbox"/>	1 a 3 millones <input type="checkbox"/>	3 a 5 millones <input type="checkbox"/>	5 a 10 millones <input checked="" type="checkbox"/>
Total Egresos				
No tiene <input type="checkbox"/>	0 a 1 millón <input type="checkbox"/>	1 a 3 millones <input type="checkbox"/>	3 a 5 millones <input checked="" type="checkbox"/>	5 a 10 millones <input type="checkbox"/>
Concepto de otros ingresos no operacionales				
No Aplica				
Periodicidad de pago	Convenio con			Entidad
Anual <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>	Cta. corriente <input type="checkbox"/> T. crédito <input type="checkbox"/>	No. de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> No. T. crédito <input type="checkbox"/>	Cód. Empleado <input type="checkbox"/>	Banco Gaja Social
Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	Cta. ahorro <input checked="" type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/>	24523911539		

Beneficiarios asegurado principal

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Glوريا Ortiz Trujillo	Esposa	Libre	100%



Datos del cónyuge

1er apellido _____ 2do apellido _____ Nombre(s) _____

Tipo y No. de documento _____ Fecha de expedición _____ Lugar de expedición _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
 C.C. C.E. NIT D M A M F O D M A

Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad _____ Estado civil _____
 Soltero Casado Separado Viudo Divorciado Unión libre

E-mail _____ Celular _____ Teléfono residencia _____ Dirección residencia _____

Ciudad de residencia _____ Departamento _____ Dirección de correspondencia _____

INDEPENDIENTE _____ Empresa donde trabaja _____ Cargo que desempeña _____
 Descripción de la actividad económica principal (CIU) _____

Actividad económica

Profesión _____ Ocupación actual _____
 DEPENDIENTE Asatariado Estudiante Pensionado Ama de casa

INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económica principal (CIU) _____

Empresa donde trabaja _____ Cargo que desempeña _____

Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Fax oficina _____

Servidor Público _____ Maneja Recursos Públicos _____ Persona públicamente reconocida _____
 SÍ NO SÍ NO SÍ NO

¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?
 SÍ NO

Información financiera

Total Activos _____
 No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 500 millones más de 500 millones

Total Pasivos _____
 No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 500 millones más de 500 millones

Total Ingresos _____
 No tiene 0 a 1 millón 1 a 3 millones 3 a 5 millones 5 a 10 millones 10 a 20 millones más de 20 millones

Total Egresos _____
 No tiene 0 a 1 millón 1 a 3 millones 3 a 5 millones 5 a 10 millones 10 a 20 millones , más de 20 millones

Concepto de otros ingresos no operacionales _____

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%

Amparos

Amparos para el asegurado principal	Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida	48	31675788	7970	252.456
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración		31675788	1700	53.849
Incapacidad Total y Permanente		31675788	598	18.942
Enfermedades Graves		15837897	454	14.281
Últimos Gastos				
Amparos para el cónyuge	Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida				
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración				
Incapacidad Total y Permanente				
Enfermedades Graves				
Últimos Gastos				
TOTAL PRIMA				339.678

Certificamos

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

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de **\$ 150.000.000**

FIRMA AUTORIZADA **3447** ASEGURADO PRINCIPAL **33237121** CÓNYUGE C.C. REPRESENTANTE LEGAL COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

SEGUROS
BOLÍVAR



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Título No.		Número de póliza	Intermediario	Ciudad	Fecha
		1332068	34472	Neiva	26/06/2015
Valor a descontar en letras		Localidad de radicación		Valor a descontar	
Trescientos treinta y nueve mil seiscientos veintiocho p.		MNE		\$ 339.628	
<input type="radio"/> PRIMA RIESGO <input type="radio"/> CUOTA DE AHORRO <small>Esta opción sólo para vida individual, cuentas de ahorro y corriente.</small>		Compañía Bolívar		NIT	
		<input type="radio"/> CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. 860.006.359-6 <input checked="" type="radio"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. 860.002.503-2 <input type="radio"/> SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. 860.002.180-7			

Datos de la Cuenta

Código entidad financiera	Nombre entidad financiera	Ciudad
32	Banco Caja Social	Neiva
No. de la cuenta o tarjeta de crédito a debitar	NIT de la empresa	Código de libranza
24523911539	830.078.512	
Canal de descuento		Fecha de vencimiento de la Tarjeta de crédito
01 <input type="radio"/> TARJETA DE CRÉDITO 03 <input checked="" type="radio"/> CUENTA AHORROS	02 <input type="radio"/> CUENTA CORRIENTE 04 <input type="radio"/> LIBRANZA	
<small>Diferido número de cuotas para tarjeta de crédito: Póliza mensual: 1 mes - Póliza anual: máximo 12 meses Póliza semestral: máximo 6 meses</small>		

Datos del Cuentahabiente, Tarjetahabiente o Empleado - Libranza

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

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA SI ES COMPARTIDA RELACIONAR TITULAR		<input checked="" type="radio"/> CÉDULA <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO ESPECIFICAR:	DIRECCIÓN
1 José Antonio Polanco		83237.121	Crr 43A # 19-37
2 Montalagre			
CIUDAD		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
1 Neiva		3115149830	japol-123@hotmail.com
2			
<small>SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTA EL VALOR DE LA PRIMA EN LA RENOVACIÓN O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.</small>			

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

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO

PRIMERA FIRMA C.C. 83237121	SEGUNDA FIRMA C.C.		RESALTE EN ALTO RELIEVE
------------------------------------	-----------------------	--	-------------------------

ORIGINAL ARCHIVO OFF

Forma B-335 (Revis. mayo/13)

P | plan creciente



RED322
#322 SIN COSTO



COBERTURAS TOMADAS

- VIDA
- Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves

PLAN CRECIENTE
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO
09/02/2015-1407-P-34-GU-000000000001

CONDICIONES GENERALES

Compañía de Seguros Bolívar S. A., que en el presente contrato se llamará LA ASEGURADORA, en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL TOMADOR y las solicitudes individuales de los asegurados, las declaraciones de asegurabilidad y los certificados médicos los cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada al recibo de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

PRIMERA.- AMPARO BÁSICO.

LA ASEGURADORA CUBRE, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL RIESGO DE MUERTE DE LOS ASEGURADOS.

SEGUNDA.- EXCLUSIONES.

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

- a) **SUICIDIO.**
SI CUALQUIER ASEGURADO SE

QUITARE LA VIDA ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE O EN CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA.

- b) **VIH POSITIVO -SIDA.**

MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. TRANSCURRIDOS LOS DOS AÑOS EL ASEGURADO ESTARÁ AMPARADO, SIEMPRE Y CUANDO EL DIAGNÓSTICO DEL VIH POSITIVO O SIDA, HAYA SIDO POSTERIOR A LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

TERCERA.- DEFINICIONES

3.1. TOMADOR.

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

3.2. GRUPO ASEGURABLE.

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o



reglamentaria o que tengan con una persona, natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

3.3 ASEGURADO

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

3.4 BENEFICIARIO

Es la persona designada por el ASEGURADO para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro y a falta de designación se aplicarán las normas legales sobre la materia.

CUARTA. - VIGENCIA.

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

QUINTA.- REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

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

- Tener mínimo 18 años.
- No ser mayor de 70 años.

SÉXTA.- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

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

SÉPTIMA.- VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

El valor asegurado del seguro de cada persona miembro del grupo asegurable se actualiza a partir de la fecha de inicio de vigencia, teniendo como base el valor asegurado inicial en función de la Unidad de Valor Real (UVR).

OCTAVA.- CÁLCULO DE LA PRIMA.

La prima se establecerá teniendo en cuenta, la edad de cada ASEGURADO, su estado de salud, el valor asegurado individual a la fecha de aseguramiento individual y en cada renovación, aplicando la tarifa registrada en la nota técnica de ésta póliza.

NOVENA.- PAGO DE LAS PRIMAS.

EL TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al TOMADOR un período



de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral o trimestral, y de quince (15) días cuando las primas sean pagaderas mensualmente.

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

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

DÉCIMA.- FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0.5375, 0.2787 y 0.0954 respectivamente.

DÉCIMA PRIMERA.- REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Si el TOMADOR da aviso por escrito a LA ASEGURADORA para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas

las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por LA ASEGURADORA o en la fecha especificada por EL TOMADOR para tal terminación, la que ocurra más tarde, y EL TOMADOR será responsable de pagar a LA ASEGURADORA todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata que comprende desde el período de gracia y hasta la fecha de tal revocación. EL ASEGURADO podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

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

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

DÉCIMA SEGUNDA.- DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

Por tratarse de un contrato que se basa en la Buena Fe de las partes, EL TOMADOR y EL ASEGURADO están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el

cuestionario que le sea propuesto por LA ASEGURADORA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA ASEGURADORA, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

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

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

PARÁGRAFO: LA ASEGURADORA tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el TOMADOR o el ASEGURADO hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMA TERCERA.- IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMA CUARTA.- TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

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

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando EL ASEGURADO, por escrito, solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del TOMADOR O EL ASEGURADO.
- e) En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que EL ASEGURADO cumpla setenta (70) años de edad.
- f) En el seguro del cónyuge o cualquier ASEGURADO dependiente, al fallecimiento del ASEGURADO principal o cuando éste se retire del grupo.
- g) Cuando LA ASEGURADORA pague la Indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.



- h) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurable no se encuentre constituido por más de un ASEGURADO.

DÉCIMA QUINTA.- COBERTURA ININTERRUMPIDA

Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del ASEGURADO y los beneficios adquiridos mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente, actualizando el valor asegurado y la prima de seguro al vencimiento de cada anualidad conforme a las condiciones SÉPTIMA.- VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES y OCTAVA.- CÁLCULO DE LA PRIMA, salvo que se presente alguno de los siguientes supuestos y no opere alguna causal de terminación prevista en esta póliza:

- 15.1** EL ASEGURADO o EL TOMADOR manifiesten su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento.
- 15.2** EL ASEGURADO o EL TOMADOR manifiesten a LA ASEGURADORA, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se renueve por un nuevo año.
- 15.3** LA ASEGURADORA manifieste al TOMADOR con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.

DÉCIMA SEXTA.- CONVERTIBILIDAD.

Los Asegurados menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite LA ASEGURADORA, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo. El seguro individual se emitirá conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el ASEGURADO a la fecha de la solicitud.

Si la cobertura individual de un ASEGURADO se incluyó en la póliza como riesgo subnormal se expedirá el Seguro de Vida Individual con la extraprima que corresponda a dicho producto.

DÉCIMA SÉPTIMA.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

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

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA ASEGURADORA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de



- Comercio.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y
 - c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) del presente numeral.

DECIMA OCTAVA.- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

LA ASEGURADORA expedirá para cada ASEGURADO un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de LA ASEGURADORA, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior, el cual quedará sin efecto.

DÉCIMA NOVENA.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios serán libremente designados por EL ASEGURADO quien los podrá cambiar en cualquier momento.

Cuando ocurra el fallecimiento del ASEGURADO sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el ASEGURADO o se ignore cuál de los dos ha muerto primero,

serán beneficiarios el cónyuge o compañero(a) permanente del ASEGURADO en la mitad del seguro y los herederos del ASEGURADO en la otra mitad.

VIGÉSIMA.- RECLAMACIÓN.

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

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

VIGÉSIMA PRIMERA.- AVISO DE SINIESTRO.

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



VIGÉSIMA SEGUNDA.- PAGO DE SINIESTRO.

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

VIGÉSIMA TERCERA.- DERECHO DE INSPECCIÓN.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del TOMADOR que se refieran al manejo de ésta póliza.

VIGÉSIMA CUARTA.- NOTIFICACIONES.

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

VIGÉSIMA QUINTA.- DOMICILIO.

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

LA ASEGURADORA



**ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN
09/02/2015-1407- A-34-GU-000000000007**

PLAN CRECIENTE

Por convenio entre LA ASEGURADORA y el TOMADOR y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

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

PRIMERA.- AMPARO

SI DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA PRODUCE UNA LESIÓN QUE CAUSE LA MUERTE O DESMEMBRACIÓN DEL ASEGURADO, LA ASEGURADORA PAGARÁ, PREVIA COMPROBACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, COMO INDEMNIZACIÓN ADICIONAL, AL MONTO DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA DE LA PÓLIZA, EL VALOR PACTADO PARA ESTE ANEXO.

SEGUNDA.- EXCLUSIONES DEL ANEXO.

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

de:

- a) HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- b) MUERTE LESIÓN O PÉRDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPUNZANTE.
- c) SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- d) LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- e) PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
- f) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- g) ACCIDENTES EN QUE EL PASAJERO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR



- (KARTS).
- h) INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMAS E INFECCIONES BACTERIALES EXCEPTO LA QUE SE PRESENTE POR LESIÓN SUFRIDA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LAPÓLIZA.
 - i) TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA, O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
 - j) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
 - k) FISIÓN NUCLEAR Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
 - l) ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
 - m) INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
 - n) ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, O INFECCIONES BACTERIALES DISTINTAS DE LAS CONTRAÍDAS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
 - o) LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO Y FIEBRE AMARILLA.
 - p) LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X Y CHOQUES ELÉCTRICOS SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.
 - q) PERSONAS QUE SEAN MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS.
 - r) PROCESOS DE EXTRACCIÓN O DE CONSTRUCCIÓN EFECTUADOS BAJO TIERRA O SOBRE/BAJO AGUA.
 - s) INDUSTRIAS QUÍMICAS U OTRAS INDUSTRIAS EN DONDE SE UTILICEN O FABRIQUEN SUSTANCIAS TÓXICAS O EXPLOSIVAS.
 - t) GRUPO DE PERSONAS

EXPUESTAS A ACUMULACIÓN DE RIESGOS POR AVIACIÓN COMO PERSONAL DE EMPRESAS DE AERONAVEGACIÓN, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN DE AERONAVES PROPIEDAD DE LA EMPRESA TOMADORA O AL SERVICIO DE ÉSTA. Y VIAJES AÉREOS COLECTIVOS EN QUE PARTICIPEN VARIAS PERSONAS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.

TERCERA.- DEFINICIONES

3.1. ACCIDENTE

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

CUARTA.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada ASEGURADO del grupo individualmente

considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

QUINTA.- TABLA DE INDEMNIZACIONES.

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

- Muerte accidental.....
La suma principal
- Pérdida de ambas manos o ambos pies

 La suma principal
- Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos.....La suma principal
- Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo.....La suma principal
- Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo.....50% de la suma principal

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

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



tobillo.

- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

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

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

SEXTA.- EXAMENES MÉDICOS.

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

SÉPTIMA.- CONVERTIBILIDAD.

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

OCTAVA.- REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 8.1. Cuando EL TOMADOR o EL ASEGURADO expresamente lo

manifiesten por escrito en cualquier momento.

- 8.2. Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio,

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

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

NOVENA.- TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

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

- 9.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta (60) años de edad.
- 9.2. El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
- 9.3. El pago al ASEGURADO de la Indemnización del valor asegurado



- del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado, y
- 9.4.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal dashed line. The signature is cursive and appears to be the name of the insurer.

LA ASEGURADORA

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
09/02/2015-1407- A-34-GU-000000000002
PLAN CRECIENTE

Por convenio entre LA ASEGURADORA y el TOMADOR y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

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

PRIMERA.- DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA

CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO,

NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

SEGUNDA.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

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

TERCERA.- PÉRDIDA.

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

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



PARÁGRAFO:

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato de seguro.

- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

CUARTA.-RECLAMACIONES.

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

En el evento de que el ASEGURADO no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por la ASEGURADORA, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de Vida.

QUINTA.- EXÁMENES MÉDICOS.

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

SEXTA.- CONVERTIBILIDAD.

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

SÉPTIMA.- REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Cuando EL TOMADOR y ASEGURADO expresamente lo manifieste por escrito.

Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

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

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



OCTAVA.- TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

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

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

LA ASEGURADORA



**ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO
DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA
09/02/2015-1407- A-34-GU-0000000000003
PLAN CRECIENTE**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y el TOMADOR y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

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

PRIMERA.-AMPAROS.

LA ASEGURADORA, POR VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA CUARTA DE ESTE ANEXO, CUANDO EL ASEGURADO ACREDITE EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INFARTO DE MIOCARDIO, LEUCEMIA, CÁNCER, ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA O ACREDITE QUE SE LE HA PRACTICADO CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA O TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES, DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO. EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD, EL TRANSPLANTE O LA CIRUGÍA, DEBERÁ TENER LUGAR UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO. EL

ASEGURADO TENDRÁ DERECHO HASTA EL PORCENTAJE MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ SE LE DIAGNOSTIQUE MÁS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS POR ESTE ANEXO.

SEGUNDA.-EXCLUSIONES DEL ANEXO.

LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS EVENTOS PRODUCIDOS EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIALMENTE POR:

1. ENFERMEDAD O INVALIDEZ DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
2. TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), CÁNCER IN SITU NO INVASIVO Y TUMORES DEBIDOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).
3. CÁNCER DE SENO, MATRIZ O PRÓSTATA Y LESIONES PREMALIGNAS.
4. ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-



ARTERIAL, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

5. LESIONES CAUSADAS DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO, ESTANDO ESTE EN SU SANO JUICIO O DEMENTE.
6. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS O PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO AL A PÓLIZA.
7. ENFERMEDADES GRAVES O INVALIDEZ, CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL O LAS DROGAS.
8. TENTATIVA DE SUICIDIO ESTANDO O NO EL ASEGURADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.

TERCERA.- DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

3.1. **Infarto de Miocardio:**

La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico definitivo debe basarse en:

- a) Historial de dolores típicos del Tórax.
- b) Alteraciones recientes en electrocardiogramas.
- c) Elevación de las enzimas cardíacas.

3.2. **Cirugía Arterio-coronaria.**

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos (2) o más arterias coronarias tratadas con una operación de bypass o puente coronario por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada mediante una angiografía coronaria y el resultado de la misma, junto con el informe médico, deberá estar a disposición de LA ASEGURADORA.

3.3. **Cáncer.**

La presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. Esta definición incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, como por ejemplo la enfermedad de Hodgkin (Linfogranuloma).

3.4. **Accidente Cerebrovascular.**

Cualquier accidente Cerebrovascular que cause los síntomas neurológicos correspondientes durante más de 24 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente.



3.5. Insuficiencia Renal Crónica.

El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual haya que efectuar regularmente diálisis renal o un trasplante de riñón. La necesidad de diálisis regular, deberá estar certificada por un informe nefrológico.

3.6. Trasplante de órganos Vitales:

Trasplante del corazón, de los pulmones, del hígado o del páncreas.

CUARTA.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

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

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

En consecuencia, el valor asegurado para el amparo básico de vida se reducirá en la

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

QUINTA.- LÍMITE DEL BENEFICIO.

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

SEXTA.- RECLAMACIONES.

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

En el evento de que EL ASEGURADO no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por la ASEGURADORA, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de Vida.

SÉPTIMA.- EXÁMENES MÉDICOS.

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



OCTAVA.- CONVERTIBILIDAD.

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

NOVENA.- REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 9.1.** Cuando EL TOMADOR y/o EL ASEGURADO expresamente lo manifiesten por escrito.
- 9.2.** Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

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

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

DÉCIMA.- TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

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

- 10.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad,
- 10.2.** El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
- 10.3.** El pago al ASEGURADO de la Indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado, y
- 10.4.** Por cualquier causal de terminación del seguro principal.

LA ASEGURADORA

DOCUMENTACIÓN BÁSICA REQUERIDA PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIONES

DOCUMENTO	MUERTE NATURAL	MUERTE VIOLENTA (Homicidio suicidio o accidente)	DESAPARECIMIENTO	INCAPAC. TOTAL Y PERMAN.
1. Copia autentica del registro civil de defunción del asegurado.	X	X	X	
2. Formulario de declaración del médico (B-706) que atendió al asegurado.	X			
3. Formulario de declaración del reclamante (DR-027).	X	X	X	
4. Fotocopia autenticada del registro civil de nacimiento o de la cédula de ciudadanía del asegurado.	X	X	X	X
5. Historia clínica completa del asegurado.	X			X
6. Certificación de la Fiscalía en la que se informe las circunstancias de la muerte, el delito que se investiga y la forma como fue identificado el cadáver.		X		
7. Fotocopia autenticada de la sentencia que fija la fecha presuntiva de muerte del asegurado.			X	
8. Si la muerte se produjo en accidente de tránsito, croquis del accidente.		X		
9. Formulario de declaración del asegurado (B-117), y declaración del médico que lo atendió (B-706).				X
10. Certificación médica sobre la incapacidad del asegurado. Tiempo mínimo que debe permanecer incapacitado para la expedición del certificado: 150 días.				X
11. Fotocopia autenticada del registro civil de los beneficiarios.	X	X	X	
12. Fotocopia autenticada de la cédula de ciudadanía de los beneficiarios. Si son menores de edad, fotocopia autenticada de la cédula de sus representantes.	X	X	X	
13. Formulario B-114.				X
14. Formulario de uso exclusivo para el conocimiento de beneficiarios (B-121).	X	X	X	

NOTA: Además de la información básica requerida, Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que sea necesario para la formalización del reclamo.

**SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

No. Solicitud / Certificado
Póliza GR

Producto			
719 <input type="radio"/>	792 <input type="radio"/>	Otro? _____	
Fecha de expedición (DD/MM/AAAA)	Vigencia desde (DD/MM/AAAA)	A las 24 horas	Vigencia hasta (DD/MM/AAAA)
			A las 24 horas
Tipo y No. de documento del Tomador		Tomador	Código intermediario
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>			
Periodicidad de pago de la prima		Forma de pago	Cód. Empleado
Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/>		Débito Automático <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/>	

Datos generales del asegurado

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Tipo y No. de documento	Sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
Departamento	Nacionalidad	Estado civil
		Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/>
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular
Dirección residencia / Correspondencia	Ciudad de residencia	Departamento

Actividad económica

Profesión	Ocupación actual		
	DEPENDIENTE: Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>		
	INDEPENDIENTE: Descripción de la actividad económica principal (CIU) _____		
En caso de ser independiente, describa su actividad			
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña		
Dirección del trabajo	Ciudad	Departamento	Teléfono

Beneficiarios asegurado principal

Nombre beneficiario	Parentesco	Calidad	Porcentaje %
		Libre	



**SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

No. Solicitud / Certificado
Póliza GR

Producto			
719 <input type="radio"/>	792 <input type="radio"/>	Otro? _____	
Fecha de expedición (DD/MM/AAAA)	Vigencia desde (DD/MM/AAAA)	A las 24 horas	Vigencia hasta (DD/MM/AAAA)
			A las 24 horas
Tipo y No. de documento del Tomador		Tomador	Código intermediario
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>			
Periodicidad de pago de la prima		Forma de pago	Cód. Empleado
Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/>		Débito Automático <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/>	

Datos generales del asegurado

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Tipo y No. de documento	Sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
Departamento	Nacionalidad	Estado civil
		Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/>
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular
Dirección residencia / Correspondencia	Ciudad de residencia	Departamento

Actividad económica

Profesión	Ocupación actual		
	DEPENDIENTE: Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>		
	INDEPENDIENTE: Descripción de la actividad económica principal (CIU) _____		
En caso de ser independiente, describa su actividad			
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña		
Dirección del trabajo	Ciudad	Departamento	Teléfono

Beneficiarios asegurado principal

Nombre beneficiario	Parentesco	Calidad	Porcentaje %
		Libre	



Datos del cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Tipo y No. de documento	
			C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>
Sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Lugar de nacimiento	Departamento	Nacionalidad
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>				
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular	Dirección de contacto (si es diferente a la del asegurado principal)	
Ciudad de residencia	Departamento	Profesión	Describa su ocupación actual	

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre beneficiario	Parentesco	Calidad	Porcentaje %
		Libre	

Amparos

	Asegurado principal		Cónyuge	
	Valor asegurado	Prima	Valor asegurado	Prima
Vida				
Muerte Accidental y Desmembración				
Incapacidad Total y Permanente				
Enfermedades Graves				
Últimos gastos				
	Edad _____	Prima total _____	Edad _____	Prima total _____
				Total prima de seguro de vida <input type="text"/>

ORIGINAL: CLIENTE

Certificamos

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

IMPORTANTE:

La declaración de asegurabilidad forma parte integral de este contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge. si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de **\$ 150.000.000.00**

Datos del cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Tipo y No. de documento	
			C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	
Sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Lugar de nacimiento	Departamento	Nacionalidad
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>				
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular	Dirección de contacto (si es diferente a la del asegurado principal)	
Ciudad de residencia	Departamento	Profesión	Describa su ocupación actual	

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre beneficiario	Parentesco	Calidad	Porcentaje %
		Libre	

Amparos

	Asegurado principal		Cónyuge	
	Valor asegurado	Prima	Valor asegurado	Prima
Vida				
Muerte Accidental y Desmembración				
Incapacidad Total y Permanente				
Enfermedades Graves				
Últimos gastos				
	Edad _____	Prima total _____	Edad _____	Prima total _____

Total prima de seguro de vida

Certificamos

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

IMPORTANTE:

La declaración de asegurabilidad forma parte integral de este contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge. si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de **\$ 150.000.000.00**

Declaración de Asegurabilidad

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED 322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS

	Principal		Cónyuge	
	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?				
1.1 Hipertensión arterial.				
1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre.				
1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.				
1.4 Obesidad.				
1.5 Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.				
1.6 Cáncer de cualquier tipo.				
1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis.				
1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC.				
1.9 Convulsiones, desmayos (mas de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.				
1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C.				
1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.				
1.12 VIH, SIDA, tuberculosis.				
1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.				
1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.				
1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.				
1.16 Enfermedades psiquiátricas.				
1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.				
1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.				
1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos.				
1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.				
2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?				
3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria?				
4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?				
5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas?				
6. ¿Practican ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole?				
7. ¿Han sido indiciados, sindicados o condenados por la justicia penal ?				

En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información:

No. PREGUNTA	DESCRIPCIÓN RESPUESTA	OBSERVACIONES

¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores?. En caso afirmativo indicar cual: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: _____

Autorización de tratamiento de datos personales

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que:

La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo.

Declaración de Asegurabilidad

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED 322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS

	Principal		Cónyuge	
	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?				
1.1 Hipertensión arterial.				
1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre.				
1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.				
1.4 Obesidad.				
1.5 Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.				
1.6 Cáncer de cualquier tipo.				
1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis.				
1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC.				
1.9 Convulsiones, desmayos (mas de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.				
1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C.				
1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.				
1.12 VIH, SIDA, tuberculosis.				
1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.				
1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.				
1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.				
1.16 Enfermedades psiquiátricas.				
1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.				
1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.				
1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos.				
1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.				
2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?				
3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria?				
4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?				
5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas?				
6. ¿Practican ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole?				
7. ¿Han sido indiciados, sindicados o condenados por la justicia penal ?				

En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información:

No. PREGUNTA	DESCRIPCIÓN RESPUESTA	OBSERVACIONES

¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores?. En caso afirmativo indicar cual: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:

9. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: _____

Autorización de tratamiento de datos personales

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que:

La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo.

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página www.segurosbolivar.com

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

Autorización de información medica

Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica ; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información u conservarla en sus archivos.

Autorización de descuento débito automático

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria : Corriente Ahorros número _____ tarjeta de crédito No. _____ fecha de vencimiento _____ del banco _____ diferir a _____ cuotas, los pagos que por concepto de primas se generen.

En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

CÓNYUGE
C.C.



Huella índice derecho
Asegurado principal



REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página www.segurosbolivar.com

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

Autorización de información medica

Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica ; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información u conservarla en sus archivos.

Autorización de descuento débito automático

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria : Corriente Ahorros número _____ tarjeta de crédito No. _____ fecha de vencimiento _____ del banco _____ diferir a _____ cuotas, los pagos que por concepto de primas se generen.
En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

CÓNYUGE
C.C.



Huella índice derecho
Asegurado principal

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.



SEGUROS
BOLÍVAR



1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE		83'237'121	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
50	CARRERA 43A 19-37	NEIVA	8622605
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
INCAPACITADO			
Amparo por el que desea reclamar			
Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input checked="" type="radio"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/>			

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

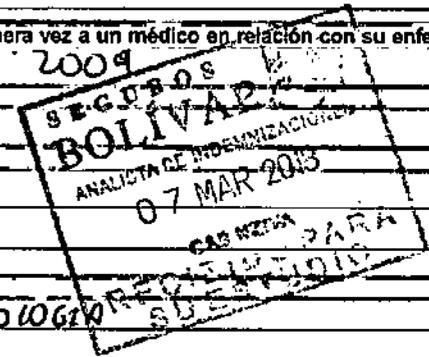
ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
<input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio		DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos: DEFICIENCIA COLUMNA LUMBAR, HIPERTENSION ARTERIAL, DEFICIENCIA AUDITIVA GLOBAL, DEFICIENCIA POR RESOLANES DEL TRACTO DE BESTIBLO, TRASTORNO DEPRESIVO		

3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad?
 28 NOVIEMBRE 2009 28 NOVIEMBRE 2009

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad
 29 MAYO 2011 3 AÑOS

6. Otros antecedentes del asegurado



7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si No
 Si su respuesta es afirmativa, indique cual FISIATRIA, PSICUATRIA, NEUROLOGIA

8. Indique el nombre de su E.P.S. COOMEVA
 Es afiliado Beneficiario

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual ¿Desde hace cuánto tiempo?

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre	Especialidad
RICARDO VALBUENA	FISIATRIA
Dirección	Ciudad
	Teléfono

Nombre	Especialidad
GENA PAOLA GONZALEZ	PYP
Dirección	Ciudad
	Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

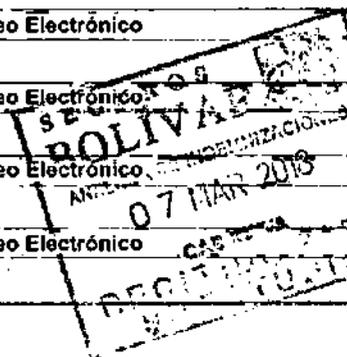
13. Tratamientos Pendientes? Si No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar) _____
 Tratamientos Médicos (Detallar) _____
 Rehabilitación (Detallar) _____

14. Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?
 Si No

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS				
1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma



16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre: JESUS ANTONIO POIANCO MONTEALEGRE Teléfono: 8322330
 Dirección: CALLE 6 # 10-58 OF 101 Ciudad: NEIVA
 Correo electrónico: _____

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

Lugar y Fecha _____



Huella

83257121
 Firma del Asegurado

C.C. No.

 Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.237.121**

POLANCO MONTEALEGRE

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1967**

YAGUARA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

03-JUN-1985 YAGUARA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL GARCIA TORRES



A-1909400-00182062-M-0083237121-20090930

0016698750A 1

2830887

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1807 agosto 12 de 2016

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: D 28 M 2 AAA 2016 Número de dictamen: 8417
 Motivo de solicitud: Primera Oportunidad: Primera Instancia: X Segunda Instancia:
 Solicitante: EPS AFP ARL XXX Empleador Rama Judicial
 Afiliado: Pensionado Otro: PARTICULAR - COLPENSIONES
 Nombre solicitante: DRA. CAROLINA RODRIGUEZ NIT/Documento de Identidad: Teléfono(s): Ciudad:
 Dirección Solicitante: Teléfono: Correo Electrónico: Ciudad

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA Nit: 813008428
 Dirección: CARREA 5 N 10 - 49 OFICINA 306 Teléfono: 8716314 email: Ciudad: NEIVA

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: XXXX Beneficiario:
 Apellido(s): POLANCO MONTEALEGRE Nombre(s): JESUS ANTONIO
 Documento de Identificación NIU RC TI CC X CE No: 83.237.121
 Fecha de nacimiento: DD 5 MM 4 AAAA 1967 Edad: 50 Meses Años

ETAPAS DEL CICLO VITAL:

Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:
 Población en Edad Económicamente activa: XXX Adultos mayores:
ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria:
 Básica: Media: XXXX Universitaria: Post Grados:
 Tecnológica: Otros: Cual:
 Dirección: Teléfono(s): Correo Electrónico: Ciudad:
ESTADO CIVIL: Soltero: Casado: XXXX Unión Libre:
 Separado: Viudo: Otros:

En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:

En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:

AFILIACION AL SISS:

Régimen en Salud: Contributivo: Subsidiado: No afiliado:
 Administradoras: EPS: NO INFORMA AFP: COLPENSIONES ARL: NO INFORMA Otros:
 Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email

JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: **NO LABORA** Dependiente:

Nombre del Trabajo/Emplo: Ocupación: **OPERARIO** Código CTO:

Nombre Actividad Económica: Clase:

Nombre de la Empresa: **NITOC**

No Aplica:

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

Historial Clínico: **X**

Estudios clínicos: **X**

Pruebas objetivas:

Examen físico: **X**

Otras Interconsultas: **X**

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULO I y II

**TITULO I
CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS**

No	CODIGO CUI-18	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA (S) MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD
1			LUMBALGIA CRONICA -DISCOPATIA DIFUSA
2			HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL
3			HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL
4			GASTRITIS CRONICA
5			TRASTORNO DEPRESIVO
6			<i>Sanos</i>

No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	Clase Función/Valor porcentual						Ajuste Total de Deficiencia	Resultado		CAT	Demand	% Total Deficiencia (Ponderada en puntos)
		No Tabla	Clase	CFP 4 FU	CFM1	CFM2	CFM3		Clase 1a y 2a	% Deficiencia			
1	DEFICIENCIA COLUMNA LUMBAR ✓	15,3	3						18			71,44	
2	HIPERTENSION ARTERIAL ✓	2,6	2						32				
3	DEFICIENCIA AUDITIVA GLOBAL ✓	9,2							20				
4	DEFICIENCIA POR DESORDENES DEL TRACTO DIGESTIVO ✓	4,5	2						20				
5	TRASTORNO DEPRESIVO ✓	13,8	1						30				

CFP: Clase Función privada CFM: Clase Función Modificada CFV: Clase Función Privada

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

Ponderación de Tablas: Obtiene el valor final de las deficiencias de ponderar

Contribución de tablas: $A + \frac{(KDA) \cdot B}{100}$ A: Deficiencia de mayor valor B: Deficiencia de menor valor

CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA: % Total deficiencia (en ponderar) X 0,8 = 35,72%

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

Personas en edad económicamente activa (sin contar a quienes se les otorga licencia, jubilados, pensionados, oídos mayores que trabajen)

ROL LABORAL

1	Restricciones del rol laboral	0	5	10	15	20	25	
				K				10
2	Restricciones autoconciencia económica	0	1	1.5	2	2.5		2.0
					X			
3	Restricciones en función de la edad cronológica	2.5	0.5	1	1.5	2X	2.5	2.0
Sumatoria rol laboral (autoconciencia económica y edad) (30%)								14.0

CALIFICACIÓN OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD)

4	Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y dependencia	
CLASE	VALOR	DESCRIPCIÓN
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia
B	0.1	Dificultad leve, no dependencia
C	0.2	Dificultad moderada, dependencia moderada
	0.3	Dificultad severa, dependencia severa
	0.4	Dificultad completa, dependencia completa

COD	AREA OCUPACIONAL	#130	#110	#100-140	#120	#100	#180	#170	#172	#175	#171		
01	Tabla 5	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	
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
03	Tabla 7	Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
04	Tabla 6	Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	
			0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0
05	Tabla 9	Auto cuidado-cuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	
			0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
06	Tabla 10	Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	
			0.0	0.2	0.2	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0
Sumatoria total áreas áreas ocupacionales (30 %)												2.0	

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa **18.0**

7. CONCEPTO FINAL DEL EXAMEN PERICIAL

Pérdida de Capacidad Laboral: = TITULO I - Valor Final Ponderada + TITULO II - Valor Final

VALOR FINAL DE LA PGL/OCUPACIONAL % = 38.72% + 16.8% = 52.52%

DDI	MM	AAAA	ORIGEN:	SI	NO	DD	MM	AAAA
FECHA DE ESTRUCTURACION:			Residente:	SI	NO			
30 DE MAYO DE 2017			Laboral:					
Sustentación:			Común:					
			Enfermedad:	SI	NO			
			Laboral:					
			Común:	XXXX				

ALTO COSTO (CATÁSTRICA)	ELABORACION CONDICION DE SALUD TIPO DE ENFERMEDAD (marcar con una X)		
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI	NO	
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI	NO	
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI	NO	

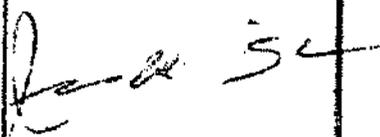
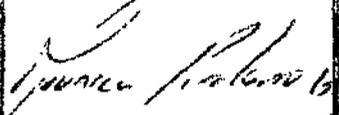
TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICION:	OCORRER/TRAUM:	PROGRESIVA:
------------------------------	----------------	-------------

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA
 FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y
 OCUPACIONAL**

DECRETO 1507 agosto 12 de 2015

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

	Nombre	Cedula	Registro Medico	Firma
Medico	JESUS A. HERNANDEZ REYNA	12.106.000		
Medico	HENRY A. CORTES FORERO	3.012.309		
Terapeuta Fisico	MONICA M. PERDOMO	26.607.359		

JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE



CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERIÑO
ABOGADA

CAP- CENTRO DE ASESORIAS EN PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

Señor
SEGUROS BOLIVAR
E. S. D.

REF: PODER ESPECIAL

JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE, persona mayor y de esta ciudad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 83.237.121 de Yaguara, que mediante el presente escrito otorgo Poder especial, amplio y suficiente a la doctora **CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERIÑO** mayor de edad, vecina de Neiva, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.835.400 de Bogotá abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 193.794 del Consejo Superior de la Judicatura, interponga Derecho de Petición de que trata el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia.

Mi apoderada queda plenamente facultada para presentar, transigir, desistir, recibir, sustituir, reasumir, conciliar y demás facultades legalmente otorgadas.

Sírvase, por lo tanto, reconocerle personería a mi apoderada en los términos y para los efectos del presente poder.

Atentamente,

JESUS A POLANCO 

JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
C.C. No. 83.237.121 de Yaguara

Acepto,



CAROLINA RODRIGUEZ MERIÑO
C.C 52.835.400 de Bogotá
T.P 193.794 del C.S. de la J.

306103

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

193794

Tarjeta No.

12/08/2010

Fecha de
Expedición

18/06/2010

Fecha de
Grado

GAROLINA ISABEL
RODRIGUEZ MERINO

52835400

Cédula

HUILA

Consejo Seccional



CATOLICA DE COLOMBIA
Universidad

Francisco Escobar Henríquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

© 6003236

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 52.835.400 REPUBLICA DE COLOMBIA
 RODRIGUEZ MERINO

APELLIDOS: CAROLINA ISABEL

DOMINIOS



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 27-MAR-1981
 SINCELEJO (SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO: 1.62 A+ F
 ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAR-1999 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1900100-00771407-F-0052835400-20151204 0047592883A-1 6673694848

SEGUROS BOLÍVAR



DNI-SV- 7095738
Bogotá, 08 de abril del 2018

Señor
Jesús Polanco
Carrera 6 # 10-58 Oficina 101
Teléfono: 8722330
Neiva

Referencia: Asegurado : Jesús Polanco
 Reclamo : 2671/124
 Póliza : GR-142548

Apreciado Señor:

Nos referimos a la comunicación con la cual solicita reconsideración de la objeción del pago en virtud de la reclamación por el anexo de incapacidad total y permanente, al respecto nos permitimos informar lo siguiente:

En el anexo de Incapacidad Total y Permanente, dentro de sus Condiciones Particulares se establece:

"CONDICION PRIMERA.- DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DIAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

En el caso que nos ocupa con base en la Historia Clínica que reposa en la reclamación, se ha podido establecer que actualmente su tratamiento no ha finalizado por lo que aún no se pueden conocer las secuelas definitivas de su enfermedad, ni es posible establecer si la incapacidad que se genera es Total y Permanente.

Por lo anterior la **COMPañIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se abstiene de definir la Incapacidad Total y Permanente hasta tanto no termine el tratamiento, y así se pueda definir la incapacidad.

No obstante lo anterior, si desea que se realice un nuevo estudio a su reclamación es necesario que nos remita las últimas evoluciones médicas hasta la fecha de 2018.

Atentamente,

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE INDEMNIZACIONES
SEGUROS DE VIDA**

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

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Forma B-807 (Red.may/15)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



ORDEN DE TRANSPORTE



* 19812154 *

Valor Declarado	Dice Contener	Peso	Valor del Servicio \$	Ciudad Origen	Ciudad Destino
				Bogotá	Neiva
REMITENTE	NOMBRE ENTIDAD EGUROS BOLMAR		ENTIDAD DE DESTINO		
	DEPENDENCIA SECTOR INDEMNIZACIONES VI		DEPENDENCIA		
	NOMBRE DEL REMITENTE		NOMBRE DEL DESTINATARIO TESOS POLANCO		
	DIRECCIÓN LAJUNAS #68 B 31 P 4		DIRECCIÓN Cra 6 # 10-58 OF 101		
	TELÉFONO		TELÉFONO 8722330		
SOLICITUD ADMITIDA POR:		FECHA	HORA		

RECIBIDO

NOMBRE - C.C.: _____

FIRMA - SELLO: _____

FECHA: _____ HORA: _____

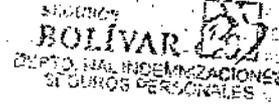
URGENTE: HOY: MAÑANA:

Este acuerdo se rige por la Ley Postal 1369/2009 y decretos reglamentarios Lic. No. 001775/7 de septiembre de 2010

COPIA : REMITENTE



BOLIVAR/52475944 18/05/2018 08:05:06



CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERIÑO 2018 MAY 25 P 12:33
ABOGADA

CAP- CENTRO DE ASESORÍAS EN PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

RECIBIDO PARA
ESTUDIO

Señores:

Departamento Nacional de Indemnizaciones
Seguros Bolívar
E. S. D.

**REF: Solicitud de Nuevo Estudio Póliza GR-142548 Reclamo
2671/124**

CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERIÑO mayor de edad, vecina de Neiva, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.835.400 de Bogotá abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 193.794 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada judicial del señor JESUS POLANCO, persona mayor, identificada con la cedula de ciudadanía No. 83.237.121 de Yaguara, comedidamente y mediante el presente escrito interpongo ante usted solicitud de nueva valoración a la reclamación de la referencia, teniendo en cuenta que esta Compañía se abstuvo de definir la incapacidad tal y permanente hasta tanto no se termine el tratamiento y se pueda definir la incapacidad.

Al respecto me permito manifestar lo siguiente:

1. Obra historia clínica de Coomeva de fecha 28/03/2018, de la médico EDNA KATERINE CAMARGO, NEUROCIRUJANA quien señala "paciente con Discopatía Degenerativa L5 S1 sin comprensión radicular ni signos de inestabilidad que ameriten algún tipo de manejo quirúrgico, se envía a clínica de dolor, por neurocirugía no amerita manejo en el momento.
2. Allego historia clínica del Dr. CARLOS ALBERTO ALARCON REYES, de fecha 15/01/2018, Medico Reumatólogo, quien indica con fecha 15/01/2018, que el paciente prosigue sus controles con clínica del dolor y neurocirugía, "ALTA por Reumatología"
3. Urología. Con fecha 3 de mayo de 2018, se practica ecografía Testicular con análisis Doppler que señala EPIDIDIMITIS AGUDA IZQUIERDA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS ESCROTALES IZQUIERDO, dicha patología no fue valorada por ser posterior a la fecha de calificación se practicó EPIDEDIMECTOMIA IZQUIERDA, CON FECHA 12/04/2018, allego historia clínica.
4. Allego historia clínica Fisiatria – Medicina Física y Rehabilitación del 18 de diciembre de 2017 a 17 de enero de 2018, se realiza consulta de rehabilitación del 25 abril de 2018, que señala "paciente con cuadro clínico



CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERINO
ABOGADA

CAP- CENTRO DE ASESORIAS EN PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

de dolor a nivel dolor en región lumbosacra, tipo tenebrante constante **incapacitante y progresivo** con limitación a la realización de actividades de flexoextensión de tronco y rodilla derecha **limitación en actividades de la vida diaria**, malestar general, astenia, adinamia, dolor poliarticular, polimialgia secundario, alteración adicional **muy leve mejoría a manejo analgésico previo**, ya le realizaron el bloque de columna lumbosacra con mejoría a nivel local de región lumbosacra de manera temporal, manejo medico integral. Se recomienda solo TARAPIAS HIDRAULICAS E HIDRICAS

5. MEDICINA LABORAL, 23 de noviembre de 2017, Dra DORA YANETH SANCHEZ, remitido por fisioterapia, se resume que no hay mejoría al dolor por lo que se detallan los conceptos de cada uno de los médicos especialistas que dan fin al tratamiento.
6. Allego historia clínica de siquiatria trastorno depresivo recurrente con la historia clínica a 2018.

Teniendo en cuenta las pruebas que se aportan solicito se efectuó un nuevo estudio y se proceda al pago de la indemnización correspondiente.

Atentamente,

CAROLINA RODRIGUEZ MERINO
C.C 52.835.400 de Bogotá
T.P 193.794 del C.S. de la J.

SEGUROS BOLÍVAR



DNI-SV- 7095738
Bogotá, 18 de Junio del 2018

Señor
Jesús Polanco
Carrera 6 # 10-58 Oficina 101
Teléfono: 8722330
Neiva

Referencia: Asegurado : Jesús Polanco
 Reclamo : 2671/124
 Póliza : GR-142548

Apreciado Señor:

Nos referimos a la comunicación con la cual solicita reconsideración de la objeción del pago en virtud de la reclamación por el anexo de incapacidad total y permanente, al respecto nos permitimos informar lo siguiente:

En el anexo de Incapacidad Total y Permanente, dentro de sus Condiciones Particulares se establece:

"CONDICION PRIMERA.- DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTÍNUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DIAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

En el caso que nos ocupa con base en la Historia Clínica que reposa en la reclamación, se ha podido establecer que actualmente su tratamiento no ha finalizado por lo que aún no se pueden conocer las secuelas definitivas de su enfermedad, ni es posible establecer si la incapacidad que se genera es Total y Permanente.

Por lo anterior la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se abstiene de definir la Incapacidad Total y Permanente hasta tanto no termine el tratamiento, y así se pueda definir la incapacidad.

Atentamente,

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE INDEMNIZACIONES
SEGUROS DE VIDA**

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



ORDEN DE TRANSPORTE



Valor Declarado	Dice Contener	Peso	Valor del Servicio \$	Ciudad Origen	Ciudad Destino
NOMBRE ENTIDAD SEGUROS COMERCIALES		ENTIDAD DE DESTINO ILIV		Bogota	Medellin
DEPENDENCIA 8210-1 INDEMNIZACIONES		DEPENDENCIA		NOMBRE - C.C.:	
NOMBRE DEL REMITENTE		NOMBRE DEL DESTINATARIO Jesus Colonio		FIRMA - SELLO:	
DIRECCION AV DORADO #68 B 31 P 4		DIRECCION C 6 # 10 38 OF 101		FECHA	
TELÉFONO		TELÉFONO 8722330		HORA	
SOLICITUD ADMITIDA POR:		FECHA	HORA		

URGENTE: HOY: MAÑANA:

Este acuerdo se rige por la Ley Postal 1369/2009 y decretos reglamentarios Lic No 001775/7 de septiembre de 2010

COPIA : REMITENTE

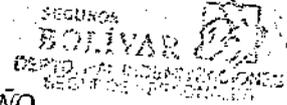


.BOLIVAR\52475944 19/06/2018 15:06:42



CAROLINA RODRIGUEZ MERIÑO
ABOGADA

CAP- CENTRO DE ASESORIAS EN PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL



Neiva, Huila 2018

RECIBIDO POR
RECIBIDO PARA
ESTUDIO

Señores
Departamento Nacional de Indemnizaciones
Seguros Bolívar
E.S.D.

Ref.: Allego documentación en contestación al documento DNI-SV-7095738 dentro del trámite de Reclamación Póliza GR-142548 a nombre JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE C.C 83.237.121.

CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERIÑO, vecina de Neiva, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.52.835.400 expedida en Bogotá, abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 193.794 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando conforme a poder que reposa en el expediente, en representación del señor **JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE**, vecino de Neiva, identificado con cedula de ciudadanía No.83.237.121 de Yaguara, de manera me permito allegar reporte de evolución y recomendaciones, emitidos por el doctor RICARDO VALENZUELA CORTES Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, en los cuales se evidencia que mi mandante es dado de alta por rehabilitación, al no obtener ningún resultado tendiente a mejoría de las terapias, medicación y tratamientos realizados; motivo por el cual me permito aclarar una vez más que el tratamiento de mi mandante ya se encuentra finalizado, quedando secuelas a las que solo le manejan el dolor con medicamento y terapias, ya que no es diagnóstico curado para lo cual solicito se tenga en cuenta dichos documentos y se proceda a realizar una nueva reconsideración y se efectuó el reconocimiento y pago de la póliza No.GR-142548.

Agradezco su colaboración y pronta tramitación al presente requerimiento

Cordialmente,

CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERIÑO
C.C No.52.835.400 de Bogotá D.C.
T.P No. 193.794 del C.S. de la J.

NOTIFICACIONES

- Las recibiré en la carrera 6 #10-58 oficina 101 de la ciudad de Neiva, teléfono 8722330
Carrera 6 No. 10-58 teléfono oficina 101 teléfono 8722330 celular 3173677778
Asesorar su Futuro es Nuestro Compromiso...!
Neiva- Huila



Señor
Jesus Antonio Polanco Montealegre
Carrera 6 # 10-58 Oficina 101
Teléfono: 8722330
Neiva

Referencia: Asegurado : Jesus Antonio Polanco Montealegre
 Reclamo : 2671/124
 Póliza : GR- 142548

Apreciado Señor:

Nos referimos a la comunicación con la cual solicita reconsideración de la objeción del pago en virtud de la reclamación por el anexo de incapacidad total y permanente, al respecto nos permitimos informar lo siguiente:

El anexo de incapacidad total y permanente establece:

"CONDICION PRIMERA. - DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO."

Pues bien, teniendo en cuenta la definición antes citada, es preciso mencionar que para acceder a la indemnización por Incapacidad Total y Permanente, se deben cumplir todos los supuestos establecidos en el contrato, es decir, que el Asegurado haya sufrido lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que dichas lesiones le impidan de por vida desempeñar cualquier trabajo remunerativo y que haya tenido una incapacidad por un periodo continuo no menor de 150 días, condiciones que en el caso particular no se cumplen.

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

Atentamente,

**DEPARTAMENTO DE INDEMNIZACIONES
SEGUROS DE VIDA**



ORDEN DE TRANSPORTE



19966598

Valor Declarado	Dice Contener	Peso	Valor del Servicio	Ciudad Origen	Ciudad Destino
			\$	Bogota	Neiva
REMITENTE		DESTINATARIO		RECIBIDO	
NOMBRE ENTIDAD ESURSO BOLMAR		ENTIDAD DE DESTINO		NOMBRE - C.C.:	
DEPENDENCIA 210-1-INDEMNIZACIONES VI		DEPENDENCIA		FIRMA - SELLO:	
NOMBRE DEL REMITENTE		NOMBRE DEL DESTINATARIO Jesus Polanco Montedaya		101	
DIRECCION V LORADO #68 B 31 P 4		DIRECCION Cr 6 # 10 -58 OF		FECHA	
TELÉFONO		TELÉFONO 8722330		HORA	
SOLICITUD ADMITIDA POR:		FECHA	HORA	URGENTE: <input type="checkbox"/> HOY: <input type="checkbox"/> MAÑANA: <input type="checkbox"/>	

Este acuerdo se rige por la Ley Postal 1369/2009 y decretos reglamentarios Lic. No. 001775/7 de septiembre de 2010

COPIA : REMITENTE

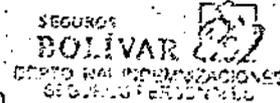


NIT. 800.101.399-9

BOLIVAR52475944 06/08/2018 17:08:01



CAROLINA RODRIGUEZ MERINO
ABOGADA



CAP- CENTRO DE ASESORIAS EN PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL: P 3: 37

Neiva - Huila 2018

RECIBIDO POR
RECIBIDO PARA
ESTUDIO

Señores:

DEPARTAMENTO NACIONAL DE INDEMNIZACIONES.

Seguros Bolívar

E. S. D.

REF: ASEGURADO: JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
RECLAMO: 2671/124
PÓLIZA: GR- 142548

CAROLINA RODRIGUEZ MERINO, mayor de edad y domiciliada en Neiva, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogada en ejercicio y portadora de la T.P. No. 193.794 del C.S. de la J., obrando en mi condición de apoderada judicial del señor **JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE**, persona mayor y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 83.237.121 de Yaguará - Huila, comedidamente y atendiendo al asunto de la referencia, de la manera más respetuosa, me permito allegar los documentos pertinentes para así dar cumplimiento a cada uno de los supuestos establecidos en el contrato de Seguro, cumpliendo con el concepto de incapacidad total y permanente que ha sufrido el señor **JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE**, como bien quedara demostrado de la siguiente manera:

1. LESIONES ORGANICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES.

Según la historia clínica actualizada ya allegada a esta entidad, señala lo siguiente:

- "paciente con Discopatía Degenerativa L5 S1 sin comprensión radicular ni signos de inestabilidad que ameriten algún tipo de manejo quirúrgico..."
- "Epidimitis Aguda Izquierda y cambios inflamatorios escrotales izquierdo"
- "Paciente con cuadro clínico de dolor a nivel en región lumbosacra, tipo tenebrante constante **INCAPACITANTE Y PROGRESIVO** con limitación a la realización de actividades de flexoextensión de tronco y rodilla derecha **LIMITACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**, malestar general, astenia, adinamia, dolor poliarticular, polimialgia secundario, alteración adicional **muy leve mejoría a manejo analgésico previo**, ya le realizaron el bloque de columna lumbosacra con mejoría a nivel local de región lumbosacra de manera

Carrera 6 No. 10-58 oficina 101 teléfono 8722330 celular 3173677778
Asesorar su Futuro es Nuestro Compromiso...!
Neiva- Huila



CAROLINA RODRIGUEZ MERINO
ABOGADA

CAP- CENTRO DE ASESORIAS EN PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

temporal, manejo medico integral. Se recomienda solo **TERAPIAS HIDRAULICAS E HIDRICAS**"

- "se resume que no hay mejoría al dolor por lo que se detalla en los conceptos de cada uno de los médicos especialistas."

2. LESIONES QUE IMPIDEN DESEMPEÑAR UN TRABAJO REMUNERATIVO.

Las lesiones que impiden al señor **JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE**, desempeñar un trabajo remunerativo son:

Cada una de las enfermedades descritas anteriormente y principalmente su **DISCOPATIA DEGENERATIVA** que le impide la realización de actividades de flexoextensión de tronco y rodilla derecha, **LIMITANDO EN SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.**

3. INCAPACIDAD CONTINUA DE 150 DIAS.

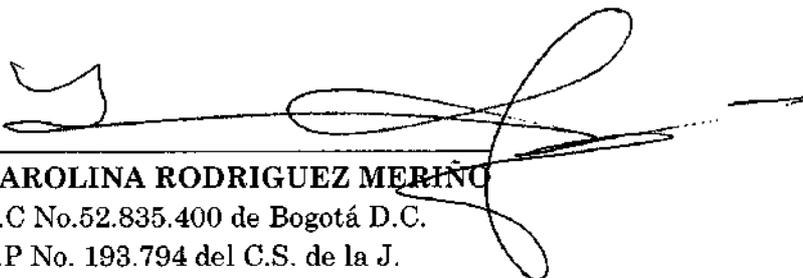
Según la certificación emitida por **COOMEVA EPS S.A NIT 805000427**, expedida el día 25 de enero de 2018 en la ciudad de Bogotá, el señor **JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE**, de manera interrumpida desde el día 21 de mayo de 2017 hasta el día 21 de enero de 2018, sumo un total de 244 días continuos de incapacidad.

ANEXO

- Copia de la cedula de ciudadanía del asegurado.
- Copia del poder que ya reposa en esta entidad.
- Certificado de Incapacidades.
- Oficio de fecha 31 de julio de 2018.

Agradezco la atención y pronto tramite a la presente.

Atentamente,



CAROLINA RODRIGUEZ MERINO
C.C No.52.835.400 de Bogotá D.C.
T.P No. 193.794 del C.S. de la J.

Para surtir las correspondientes notificaciones las recibiré en la Carrera 6 N° 10 – 58 oficina 101 de la ciudad de Neiva, teléfono 8722330.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 83.237.121

POLANCO MONTEALEGRE

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES

[Handwritten Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1967

YAGUARA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

A+

M

ESTATURA

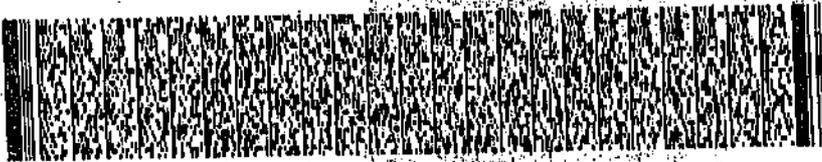
G.S. RH

SEXO

03-JUN-1965 YAGUARA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1909400-00102062-M-0083237121-20090930 0016699750A 1 28300807



191

CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERINO
ABOGADA

CAP - CENTRO DE ASESORIAS EN PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

Señor
SEGUROS BOLIVAR
E. S. D.

REF: PODER ESPECIAL

JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE, persona mayor y de esta ciudad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 83.237.121 de Yaguara, que mediante el presente escrito otorgo Poder especial, amplio y suficiente a la doctora **CAROLINA ISABEL RODRIGUEZ MERINO** mayor de edad, vecina de Neiva, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.835.400 de Bogotá abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 193.794 del Consejo Superior de la Judicatura, interponga Derecho de Petición de que trata el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia.

Mi apoderada queda plenamente facultada para presentar, transigir, desistir, recibir, sustituir, reasumir, conciliar y demás facultades legalmente otorgadas.

Sírvase, por lo tanto, reconocerle personería a mi apoderada en los términos y para los efectos del presente poder.

Atentamente,

JESUS A POLANCO



JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
C.C. No. 83.237.121 de Yaguara

Acepto,

CAROLINA RODRIGUEZ MERINO
C.C 52.835.400 de Bogotá
T.P 193.794 del C.S. de la J.



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



26171

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

En la ciudad de Neiva, Departamento de Huila, República de Colombia, el primero (01) de noviembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Neiva, compareció:

JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #0083237121, presentó el documento dirigido a SEGUROS BOLIVAR E.S.D. y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

JESUS ANTONIO POLANCO

----- Firma autógrafa -----



2fml5hc6bx4x
01/11/2017 - 14:59:02:170



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la Información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Reinaldo Quintero Quintero



REINALDO QUINTERO QUINTERO
Notario dos (2) del Círculo de Neiva

El presente documento puede ser consultado en la página web www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 2fml5hc6bx4x

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

Numero: **52.835.400**
RODRIGUEZ MERINO
CAROLINA ISABEL

Nombre: *[Handwritten Signature]*



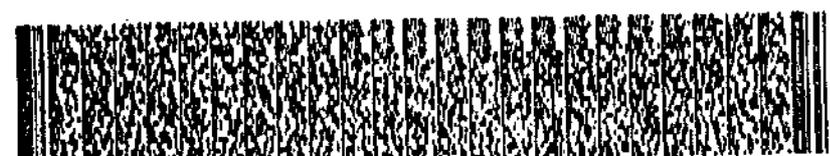

FECHA DE NACIMIENTO : 27-MAR-1981
SINCELEJO
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 **A+** **F**
ESTATURA **G.S RH** **SEXO**

31-MAR-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1900100-00771407-F-0052835400-20151204 **0047592803A 1** **6873894848**

306103

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

183704

12/08/2010

18/06/2010

Forma No.

Fecha de Expedición

Fecha de Grado

BARBENA ISABEL

RODRIGUEZ MEBINO

52836400

Cédula

HUILA

Consejo Seccional



CATOLICA DE COLOMBIA

Universidad

Francisco Recobar Henríquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

Graciela Rodríguez Henríquez

COOMEVA EPS S.A NIT 805000427

Certifica que

Al afiliado(a) Jesus Antonio Polanco Montealegre, identificado con CC-83237121, se le han transcrito desde 1/5/2017 hasta 25/1/2018, incapacidades relacionadas a continuación:

Nit/mot (incapacidad)	Origen	Diagnóstico	ICF	Periodo desde	Periodo Hasta	Nit/mot p día Días	Días Acumula des	Días Respeto des	Valor
11078848	ENFERMEDAD GENERAL	M511	5235987	2017-12-23	2018-01-21	30	230		3365829
11007195	ENFERMEDAD GENERAL	M519	5235987	2017-11-23	2017-12-22	30	200		3490035
10968570	ENFERMEDAD GENERAL	M518	5235987	2017-11-11	2017-11-22	12	178		1163612
11012138	ENFERMEDAD GENERAL	M796	5419028	2017-10-10	2017-11-08	30	158		
10847174	ENFERMEDAD GENERAL	M513	5671746	2017-09-25	2017-10-09	15	128		1638585
11012156	ENFERMEDAD GENERAL	M511	5866908	2017-08-26	2017-09-24	30	113		
10711617	ENFERMEDAD GENERAL	M519	5866908	2017-08-11	2017-08-25	15	83		
11012178	ENFERMEDAD GENERAL	M511	6034492	2017-07-13	2017-08-10	29	68		
10588958	ENFERMEDAD GENERAL	M519	6326570	2017-06-28	2017-07-12	15	39		
10588958	ENFERMEDAD GENERAL	M518	6326570	2017-06-13	2017-06-27	15	24		
11012216	ENFERMEDAD GENERAL	M519	6326570	2017-06-04	2017-08-12	9	23		
10504768	ENFERMEDAD GENERAL	M044	6164380	2017-05-27	2017-06-03	6	14		
10504758	ENFERMEDAD GENERAL	M544	6164380	2017-05-26	2017-05-26	1	6		
11012229	ENFERMEDAD GENERAL	M549	6164380	2017-05-21	2017-05-25	5	6		

Observaciones:

Para constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la Ciudad de Bogota, a los 25 días del mes de Enero de 2018 con destino A Quien Pueda Interesar.

Dr. OSCAR LEONARDO ORTIZ C.
 MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
 RES 4585 30/04/2012 SDS
 C.C. # 79.291.373
 Jefe Regional Medicina Laboral



DNI-SV-R-7095738

Bogotá, 19 de noviembre de 2018

Señores

JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE

CAROLINA ISABEL RODRÍGUEZ MERIÑO

Japol-123@hotmail.com

Carrera 6 # 10 – 58 Oficina 101

Teléfono. 8722330

Neiva, Huila

Referencia: Asegurado : **JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE**
 Cedula : 83.237.121
 Reclamo : 26710000124
 Póliza : GR-142548

Cordial saludo:

Nos referimos a la comunicación recibida con la cual presenta reconsideración a la objeción del pago en virtud de la reclamación por el anexo de incapacidad total y permanente, al respecto nos permitimos informar lo siguiente:

1. El Asegurado contrató un seguro de carácter privado el cual cuenta con unas condiciones particulares para cada cobertura, condiciones que son inmodificables por las partes y que para que sea efectivo el pago de la indemnización es necesario cumplir a cabalidad con cada una de ellas.

Como se ha informado en anteriores oportunidades, el anexo de Incapacidad Total y Permanente, específicamente, dentro de sus condiciones particulares, establece:

“CONDICION PRIMERA.- DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”:

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haya sido provocada por el asegurado.

2. Teniendo en cuenta que no aporta historia clínica adicional que permita realizar un nuevo estudio, se confirmó que no es posible establecer cuál es el estado medico actual del Asegurado a la luz de las condiciones del contrato, reiteramos que, para que haya lugar a la cobertura es necesario cumplir a cabalidad con las condiciones del contrato, es decir, incapacidad de 150 días y que de por vida no pueda desempeñar cualquier trabajo remunerativo y en el caso en particular, no se ha demostrado que cumple con dichos criterios.



3. Lo anterior de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio, Norma que regula el contrato de seguro, toda vez que el Asegurado no ha demostrado la ocurrencia del siniestro.

Artículo 1077 del Código de Comercio.” Corresponderá al asegurado o beneficiario demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida si fuera el caso.

El asegurador deberá mostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”.

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

Cordialmente,

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

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7095738
ASEGURADO	JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
EDAD	50 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	- Fecha de Ingreso 01/08/1997 - Asegurado con mas de 5 años de permanencia, NO hay reticencia
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	-
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	-
FECHA DEL SINIESTRO	07-03-2018
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	NO
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	LUMBALGIA CRÓNICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, GASTRITIS CRÓNICA, TRANSTORNO DEPRESIVO
4B. CODIGO:	101014015
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	52.52%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	30 MAYO 2.017
4E. ¿PRESENTA LESIONES ORGANICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4F. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4G. ¿PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO?	INDETERMINADO
4.H ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, Y/O PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS?	NO
5. ADICIONALES	
5A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA
5B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
5C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	
HC REGISTRA ÚLTIMA CONSULTA AGOSTO 2.017	

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

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

	DONDE PROGRAMAN MANEJO PARA PATOLOGÍA CALIFICADA
--	---



**Unidad de
Cancerología**



08 AGOSTO 2017.

FECHA _____
NOMBRE JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
COD. DX _____ ASEGURADOR _____

MEDICINA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.
HC. Y CC. 83237121

R/

SE SOLICITA
NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR BILATERAL
COD. 053202X2.
GUIADO POR FLUOROSCOPIA. COD. 873501

Dr. Miguel Antonio Pérez G.
ESPECIALISTA EN MEDICINA
DEL DOLOR
CUIDADOS PALIATIVOS
ANESTESIOLOGO
RETRUS: 90758619
P.M. 474372010

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

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

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL DECRETO 1507 agosto 12 de 2015									
1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL									
Fecha de dictamen:	D	26	M	2	AAA	2018	Número de dictamen:	8417	
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:			Primera Instancia:			X Segunda Instancia:		
Solicitante:	EPS	AFP	ARL	XXX	Empleado	Rama Judicial	Otro: PARTICULAR - COLPENSIONES		
Afiliado:	Pensionado								
Nombre solicitante	DRA. CAROLINA RODRIGUEZ		NIT/Documento de Identidad:	Teléfono(s)		Ciudad:			
Dirección Solicitante:	Teléfono:		Correo Electrónico:		Ciudad:				
2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA									
Nombre:	JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA				Nit:	813008428			
Dirección:	CARREA 5 N 10 - 49 OFICINA 306		Teléfono:	8716314		email:	Ciudad: NEIVA		
3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA									
Afiliado:	XXXX		Beneficiario:						
Apellido(s):	POLANCO MONTEALEGRE			Nombre(s): JESUS ANTONIO					
Documento de identificac	NIU	RC	TI	CC	X	CE	No:	83.237.121	
Fecha de nacimiento:	DD	5	MM	4	AAAA	1967	Edad:	50	Meses Años
TITULO I CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS									
No	CODIGO I CIE 10	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA(S)	MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD					
1			LUMBALGIA CRONICA - DISCOFATIA DIFUSA						
2			HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL						
3			HIPOACUSIA NEUROGENSORIAL BILATERAL						
4			GASTRITIS CRONICA						
5			TRASTORNO DEPRESIVO						
6			Sanos						
7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL									
Pérdida de Capacidad Laboral: = TITULO I -Valor Final Ponderado + TITULO II -Valor Final									
VALOR FINAL DE LA PCLO OCUPACIONAL %		= 35,72% + 16,5%		52,52%					
DOI	MM	AAAA	ORIGEN:	FECHA ACCIDENTE:					
FECHA DE ESTRUCTURACION:			Accidental	SI	NO	DD	MM	AAAA	
30 DE MAYO DE 2017			Urbano						
Sustentación:			Común						
			Enfermedad	SI	NO				
			Laboral						
			Común	XXXX					

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

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7095738
ASEGURADO	JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
EDAD	50 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	- Fecha de Ingreso 01/08/1997 - Asegurado con mas de 5 años de permanencia, NO hay reticencia
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	-
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	-
FECHA DEL SINIESTRO	07-03-2018
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	NO
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	LUMBALGIA CRÓNICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, GASTRITIS CRÓICA, TRANSTORNO DEPRESIVO
4B. CODIGO:	101014015
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	52.52%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	30 MAYO 2.017
4E. ¿PRESENTA LESIONES ORGANICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4F. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4G. ¿PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO?	SI
4.H ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, Y/O PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS?	NO
5.ADICIONALES	
5A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO
5B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
5C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	

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

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

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

NIT: 891180268-0

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 845984 Fecha Historia: 28/03/2018 8:07:37 a. m. # Autorización: 182003348 **Página 1/2**
Fecha Ingreso: 28/03/2018 6:15:00 a. m. Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto
Identificación: 83237121 Nombres: JESUS ANTONIO Apellidos: POLANCO MONTEALEGRE
Número de Folio: 11 Ubicación: HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO E.S.E. -
CONSULTA ESPECIALIZADA

JUSTIFICACIÓN ANULACIÓN

Justificación:

Motivo Anulación:

Fecha Anulación:

Profesional: EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELLANOS

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: POLANCO MONTEALEGRE Tipo Documento: CC Numero: 83237121
Nombres: JESUS ANTONIO Edad: 50 Años 11 Meses 23 Días (5/04/1967)
Dirección: CARRERA 43 A N. 19 - 37 - VILLA ROSA - NEIVA Sexo: MASCULINO
Teléfono: 3183455631 - 3115149830 Grupo: A RH: +
Entidad: COOMEVA E.P.S. S.A. Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Estado Civil: CASADO Tipo Afiliado: COTIZANTE
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION Grupo Étnico:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA		<input checked="" type="checkbox"/>

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE CON DISCOPATIA DEGENERATIVA EN L5 S1 CON DOLOR LUMBOCIATICO DE PREDOMINIO IZQUIERDO Y HACIA PLANTAS, PARESTESIAS Y ARDOR. SIN MEJORIA CON NEUROLISIS REALIZADA POR CLINICA DE DOLOR EN AGOSTO EN MANEJO CON PREDNISOLONA 5 X 1 NAPROXENO 250 X 2 SERTRALINA 1 X 1 ALPRAZOLAM 0.25 X 3. DICE QUE FISIATRIA Y PSIQUIATRIA LE HAN REALIZADO BLOQUEOS MIOFASIALES CON MEJORIA DE DOLOR POR 8 DIAS

AL EF

PESO 104.3 KG EST 173

LASSEGUE NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, ROT NORMALES, DOLOR A LA PALPACION LUMBAR BAJA CON LIMITACION EN MOVIMIENTOS ACTIVOS LUMBARES. NO DEFORMIDADES.

TIENE EMG NEGATIVA PARA RADICULOPATIA LUMBOSACRA

IRM DE COLUMNA LUMBOSACRA MUESTRA DISCOPATIA DEGENERATIVA L5 S1 CON DISMINUCION DEL INTERESPACIO SIN COMPRESION RADICULAR EN LOS FORAMENES NI EN EL CANAL. CAMBIOS TIPO MODIC II

RX DINAMICAS LUMBOSACRAS 16 DE ENERO DE 2018 MUESTRAN NO HAY LISTESIS EN LA FLEXOEXTENSION, DISMINUCION DEL INTERESPACIO L5 S1 CON OSTEOFITO ANTERIOR MARGINAL.

A. PACIENTE CON DISCOPATIA DEGENERATIVA L5 S1 SIN COMPRESION RADICULAR NI SIGNOS DE INESTABILIDAD BIOMECANICA QUE AMERITEN ALGUN TIPO DE MANEJO QUIRURGICO POR LO CUAL SE ENVIA A CLINICA DE DOLOR PARA CONTEMPLAR POSIBILIDAD DE NEUROLISIS FASCETARIA POR RADIOFRECUENCIA. POR NEUROCIRUGIA NO AMERITA MANEJO EN EL MOMENTO.

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Código:	Medicamento:	Administración:
N02AA051	OXICODONA 10 MG TAB	10.00 mg Cada 8 Hora(s) Vía: ORAL
Indicaciones:	TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS	

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

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



Unidad de
Cancerología



08 AGOSTO 2017.

FECHA _____
NOMBRE _____
COD. DX _____

MEDICINA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.
HC. Y CC. 83237121
JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
ASEGURADOR

R/

SE SOLICITA
NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR BILATERAL
COD. 053202X2.
GUIADO POR FLUOROSCOPIA. COD. 873501

Dr. Miguel Antonio Pérez G.
ESPECIALISTA EN MEDICINA
DEL DOLOR
CUIDADOS PALIATIVOS
ANESTESIOLOGO
RETHUS: 80738619
R.M. 4414372010

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL DECRETO 1507 agosto 12 de 2015										
1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL										
Fecha de dictamen:	D	26	M	2	AAA	2018	Número de dictamen:	8417		
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:			Primera Instancia:			X Segunda Instancia:			
Solicitante:	EPS	AFP	ARL	XXX	Empleado	Rama Judicial	Otro: PARTICULAR - COLPENSIONES			
Afiliado:	Pensionado									
Nombre solicitante	DRA. CAROLINA RODRIGUEZ		NIT/Documento de Identidad:	Teléfono(s)			Ciudad:			
Dirección Solicitante:	Teléfono:			Correo Electrónico:			Ciudad:			
2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA										
Nombre:	JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA				Nit:	813008428				
Dirección:	CARREA 5 N 10 - 49 OFICINA 306			Teléfono:	8716314		email:	Ciudad: NEIVA		
3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA										
Afiliado:	XXXX		Beneficiario:							
Apellido(s):	POLANCO MONTEALEGRE			Nombre(s): JESUS ANTONIO						
Documento de identificac	NIU	RC	TI	CC	X	CE	No:	83.237.121		
Fecha de nacimiento:	DD	5	MM	4	AAAA	1967	Edad:	50	Meses Años	
TITULO I CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS										
No	CODIGO I CIE 10	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA(S)	MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD						
1			LUMBALGIA CRONICA - DISCOFATIA DIFUSA							
2			HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL							
3			HIPOACUSIA NEUROGENSORIAL BILATERAL							
4			GASTRITIS CRONICA							
5			TRASTORNO DEPRESIVO							
6			Sanos							
7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL										
Pérdida de Capacidad Laboral: = TITULO I -Valor Final Ponderado + TITULO II -Valor Final										
VALOR FINAL DE LA PC/OCCUPACIONAL %		= 35,72% +16,8%			52,52%					
DOI	MM	AAAA	ORIGEN:			FECHA ACCIDENTE:				
FECHA DE ESTRUCTURACION:			Laboral			SI	NO	DD	MM	AAAA
30 DE MAYO DE 2017			Común							
Sustentación:			Enfermedad			SI	NO			
			Laboral							
			Común			XXXX				

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

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7095738
ASEGURADO	JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
EDAD	50 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	- Fecha de Ingreso 01/08/1997 - Asegurado con mas de 5 años de permanencia, NO hay reticencia
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	-
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	-
FECHA DEL SINIESTRO	07-03-2018
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	NO
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	LUMBALGIA CRÓNICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, GASTRITIS CRÓICA, TRANSTORNO DEPRESIVO
4B. CODIGO:	101014015
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	52.52%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	30 MAYO 2.017
4E. ¿PRESENTA LESIONES ORGANICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4F. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4G. ¿PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO?	SI
4.H ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, Y/O PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS?	NO
5. ADICIONALES	
5A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO
5B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
5C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	
	ADJUNTAN HC DE BLOQUEO UNIÓN MIONEURAL,

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

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

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

NIT: 891180268-0

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 845984 Fecha Historia: 28/03/2018 8:07:37 a. m. # Autorización: 182003348 **Página 1/2**
Fecha Ingreso: 28/03/2018 6:15:00 a. m. Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto
Identificación: 83237121 Nombres: JESUS ANTONIO Apellidos: POLANCO MONTEALEGRE
Número de Folio: 11 Ubicación: HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO E.S.E. -
CONSULTA ESPECIALIZADA

JUSTIFICACIÓN ANULACIÓN

Justificación:

Motivo Anulación:

Fecha Anulación:

Profesional: EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELLANOS

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: POLANCO MONTEALEGRE Tipo Documento: CC Numero: 83237121
Nombres: JESUS ANTONIO Edad: 50 Años 11 Meses 23 Días (5/04/1967)
Dirección: CARRERA 43 A N. 19 - 37 - VILLA ROSA - NEIVA Sexo: MASCULINO
Teléfono: 3183455631 - 3115149830 Grupo: A RH: +
Entidad: COOMEVA E.P.S. S.A. Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Estado Civil: CASADO Tipo Afiliado: COTIZANTE
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION Grupo Étnico:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA		<input checked="" type="checkbox"/>

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE CON DISCOPATIA DEGENERATIVA EN L5 S1 CON DOLOR LUMBOCIATICO DE PREDOMINIO IZQUIERDO Y HACIA PLANTAS, PARESTESIAS Y ARDOR. SIN MEJORIA CON NEUROLISIS REALIZADA POR CLINICA DE DOLOR EN AGOSTO EN MANEJO CON PREDNISOLONA 5 X 1 NAPROXENO 250 X 2 SERTRALINA 1 X 1 ALPRAZOLAM 0.25 X 3 . DICE QUE FISIATRIA Y PSIQUIATRIA LE HAN REALIZADO BLOQUEOS MIOFASIALES CON MEJORIA DE DOLRO POR 8 DIAS

AL EF

PESO 104.3 KG EST 173

LASSEGUE NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, ROT NORMALES, DOLOR A LA PALPACION LUMBAR BAJA CON LIMITACION EN MOVIMIENTOS ACTIVOS LUMBARES. NO DEFORMIDADES. TIENE EMG NEGATIVA PARA RADICULOPATIA LUMBOSACRA

IRM DE COLUMNA LUMBOSACRA MUESTRA DISCOPATIA DEGENERATIVA L5 S1 CON DISMINUCION DEL INTERESPACIO SIN COMPRESION RADICULAR EN LOS FORAMENES NI EN EL CANAL. CAMBIOS TIPO MODIC II

RX DINAMICAS LUMBOSACRAS 16 DE ENERO DE 2018 MUESTRAN NO HAY LISTESIS EN LA FLEXOEXTENSION, DISMINUCION DEL INTERESPACIO L5 S1 CON OSTEOFITO ANTERIOR MARGINAL.

A. PACIENTE CON DISCOPATIA DEGENERATIVA L5 S1 SIN COMPRESION RADICULAR NI SIGNOS DE INESTABILIDAD BIOMECANICA QUE AMERITEN ALGUN TIPO DE MANEJO QUIRURGICO POR LO CUAL SE ENVIA A CLINICA DE DOLOR PARA CONTEMPLAR POSIBILIDAD DE NEUROLISIS FASCETARIA POR RADIOFRECUENCIA. POR NEUROCIURUGIA NO AMERITA MANEJO EN EL MOMENTO.

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Código:	Medicamento:	Administración:
N02AA051	OXICODONA 10 MG TAB	10.00 mg Cada 8 Hora(s) Vía: ORAL
Indicaciones:	TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS	

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

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



Unidad de
Cancerología



08 AGOSTO 2017.

FECHA _____
NOMBRE _____
COD. DX _____

MEDICINA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.
HC. Y CC. 83237121
JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
ASEGURADOR

R/

SE SOLICITA
NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR BILATERAL
COD. 053202X2.
GUIADO POR FLUOROSCOPIA. COD. 873501

Dr. Miguel Antonio Pérez G.
ESPECIALISTA EN MEDICINA
DEL DOLOR
CUIDADOS PALIATIVOS
ANESTESIOLOGO
RETHUS: 80738619
R.M. 4414372010

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL DECRETO 1507 agosto 12 de 2015								
1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL								
Fecha de dictamen:	D	26	M	2	AAA 2018	Número de dictamen:	8417	
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:			Primera Instancia:	X	Segunda Instancia:		
Solicitante:	EPS	AFP	ARL	XXX	Empleado	Rama Judicial	Otro: PARTICULAR - COLPENSIONES	
Afiliado:	Pensionado							
Nombre solicitante	DRA. CAROLINA RODRIGUEZ		NIT/Documento de Identidad:	Teléfono(s)		Ciudad:		
Dirección Solicitante:	Teléfono:		Correo Electrónico:		Ciudad:			
2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA								
Nombre:	JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA			Nit:	813008428			
Dirección:	CARREA 5 N 10 - 49 OFICINA 306		Teléfono:	8716314		email:	Ciudad: NEIVA	
3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA								
Afiliado:	XXXX		Beneficiario:					
Apellido(s):	POLANCO MONTEALEGRE		Nombre(s):	JESUS ANTONIO				
Documento de identificac NIU	RC	TI	CC	X	CE	No:	83.237.121	
Fecha de nacimiento:	DD	5	MM	4	AAAA	1967	Edad: <u>50</u> Años	
TITULO I CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS								
No	CODIGO I CIE 10	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA(S)	MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD				
1			LUMBALGIA CRONICA - DISCOFATIA DIFUSA					
2			HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL					
3			HIPOACUSIA NEUROGENSORIAL BILATERAL					
4			GASTRITIS CRONICA					
5			TRASTORNO DEPRESIVO					
6			Sanos					
7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL								
Pérdida de Capacidad Laboral:		=	TITULO I -Valor Final Ponderado + TITULO II -Valor Final					
VALOR FINAL DE LA PCLO OCUPACIONAL %	=	35,72% + 16,5%			52,52%			
DOI	MM	AAAA	ORIGEN:	FECHA ACCIDENTE:				
FECHA DE ESTRUCTURACION:			Accidental	SI	NO	DD	MM	AAAA
30 DE MAYO DE 2017			Urbano					
Sustentación:			Común					
			Enfermedad	SI	NO			
			Laboral					
			Común	XXXX				

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

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



139
Centro de
Conciliación y
Arbitraje

JESUS ANTONIO POLANCO adquirió con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., en calidad de asegurado, la póliza de Vida Grupo PLAN CRECIENTE – 2783014254801 con Certificado N° 1332068.

SEGUNDO: Solicito mediante el proceso conciliatorio a la Compañía de Seguros Bolívar S.A., se sirva **RECONOCER** y **PAGAR** a favor del señor **JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE**, la indemnización de la póliza de seguro contratada, con ocasión al acaecimiento del riesgo de incapacidad Total y Permanente, causado durante la vigencia 01/07/2016 al 01/07/2017, teniendo en cuenta la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral en el grado de invalidez, esto es, 30 de mayo de 2017.

Iniciada la audiencia de conciliación y explicado a los intervinientes el objeto de la misma, en aras de buscar un acuerdo entre las partes, el conciliador le concede a estas el uso de la palabra, procediendo el convocante a ratificarse en las pretensiones expuestas en su solicitud de convocatoria a la audiencia de conciliación, los que no fueron aceptadas después de un debate prolongado, por la parte convocada, no obstante haber propuesto el conciliador algunas fórmulas de avenimiento que tampoco fueron aceptadas por las partes, quienes, finalmente, manifiestan no tener ánimo conciliatorio frente a las propuestas presentadas la parte convocante. Así las cosas, el conciliador declara fracasada la presente audiencia de conciliación por falta de ánimo conciliatorio y, por tal razón, dispuso la expedición a los interesados de la constancia a que alude el Art. 2 numeral 1 de la Ley 640 de 2001. Finalmente, se ordena entregar copia de la presente constancia al Centro de conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Cámara de Comercio de Neiva para ser incorporada a su archivo.

La presente Constancia se expide en la ciudad de Neiva, el veinticuatro (24) del mes de agosto de dos mil veinte (2020).


ANDRÉS GÓMEZ PERDOMO
Conciliador

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho



¡Cámara de Comercio de Neiva, líder de la competitividad del Huila!



NEIVA
Cra 5 No. 10 - 38 Piso 11
Tel: 8713666 Ext. 137 - 145
Fax: 871 3666 Ext. 152 - 109
E-mail: centroconciliacion@ccneiva.org

PITALITO
Av. Pastrana 11 Sur No 2-47
Tels: 836 0721 - 836 5963, Fax: 836 0612
E-mail: centroconciliacionpitalito@ccneiva.org

GARZÓN
Cra 12 No. 6 - 29
Tel: 833 2637

LA PLATA
Calle 7 No. 2-25
Te: 837 0895

www.ccneiva.org



**CENTRO DE CONCILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN DE LA
CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA - AUTORIZADO PARA CONOCER DE LOS
PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA NATURAL
NO COMERCIANTE**

**Código
Centro
1051**

**CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO
CONSTANCIA - NO ACUERDO**

Número del Caso en el centro: 4256
Cuantía: 34231894.00

Fecha de solicitud: 11 de agosto de 2020
Fecha del resultado: 24 de agosto de 2020

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	83237121	JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	860002503	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR

Area:	Tema: SEGUROS
CIVIL Y COMERCIAL	Subtema:

Conciliador: ANDRES GOMEZ PERDOMO
Identificación: 7713135

El presente documento corresponde al registro del caso en el Sistema de Información de la Conciliación, el Arbitraje y la Amigable Composición -SICAAC del Ministerio de Justicia y del Derecho, de conformidad con lo señalado en el artículo 2.2.4.2.7.7 del Decreto 1069 de 2015. Una vez se ha verificado el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el artículo 1º de la Ley 640 de 2001 y corroborada la adscripción del (la) conciliador(a) a este Centro de Conciliación.

En constancia de lo anterior, se suscribe por el (la) Director(a) del Centro:

Identificador Nacional SICAAC	
N° Caso:	1449366
N° De Resultado:	1353675

Firma:

Nombre:

Identificación: 36310518

YIRA MARCELA CHILATRA SANCHEZ

Fecha de impresión:
jueves, 27 de agosto de 2020

Página 1 de 1

Señores:

JUZGADO CUARTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE NEIVA – HUILA

E. S. D.

Referencia: Proceso No. 41001418900420210000500

Demandante: JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE

Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Asunto: Poder especial

Respetados señores:

MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO mayor y vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén, actuando en calidad de representante legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A dada mi calidad de tercer suplente del presidente de la mencionada sociedad, lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.795.035 de Bogotá y T.P. 108.945 del C.S.J., y a **GERMÁN ANDRÉS CAJAMARCA CASTRO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.015.405.939 de Bogotá abogado inscrito, portador de la tarjeta profesional No. 234.541 del C.S.J, con correos electrónicos hmedina@mypabogados.com.co y gcajamarca@mypabogados.com.co respectivamente, para que en nombre de la sociedad que represento actúen, intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

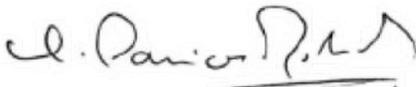
Mis apoderados quedan facultados en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial quedan habilitados para conciliar, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A


MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO
C.C. 39.681.414 de Usaquén
Representante Legal

Aceptamos,



HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS
C.C. 79.795.035 de Bogotá
T.P. 108.945 del C.S. de la J.

GERMÁN ANDRÉS CAJAMARCA CASTRO
C.C. 1.015.405.939 de Bogotá
T.P. 234.541 del C.S. J.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5436928244898905

Generado el 14 de mayo de 2021 a las 11:35:40

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. también podrá girar bajo la denominación "SEGUROS BOLÍVAR S.A.".

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 3592 del 05 de diciembre de 1939 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 757 del 12 de abril de 2004 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 1043 del 15 de mayo de 2007 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La sociedad tendrá su domicilio principal en Bogotá

Resolución S.F.C. No 2169 del 12 de diciembre de 2007 La Superintendencia Financiera de Colombia aprueba la escisión de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A. y Capitalizadora Bolívar S.A., se crearán tres nuevas sociedades beneficiarias a saber: INVERSIONES BOLÍVAR S.A., (beneficiaria de Seguros Bolívar S.A.), INVERCOMERCIALES S.A., (beneficiaria de Seguros Comerciales Bolívar S.A.), y INVERCAPI S.A. (beneficiaria de Capitalizadora Bolívar S.A.) protocolizada mediante Escritura Pública 3261 del 19 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C., aclarada con Escritura Pública 3274 del 20 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C.

Resolución S.F.C. No 1260 del 24 de septiembre de 2019 ,no objetar la adquisición con fines de absorción (fusión) del 100% de las acciones de Liberty Seguros de Vida S.A. por parte la Compañía de Seguros Bolívar S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución, protocolizada mediante Escritura Pública 1855 del 31 de octubre de 2019 Notaria 65 de Bogotá D.C.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 458 del 25 de junio de 1940

REPRESENTACIÓN LEGAL: Presidentes y suplentes. La sociedad tendrá un Presidente que será reemplazado en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, por uno de cuatro (4) suplentes quienes ejercerán la representación Legal de la Sociedad. No obstante lo anterior, la Junta Directiva podrá designar Representantes Legales para adelantar funciones judiciales. Es decir para actuar ante las Autoridades Jurisdiccionales. Serán elegidos por la Junta Directiva para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente, lo que se entenderá surtido, si la Junta Directiva no manifiesta lo contrario. Así mismo podrán ser revocados en cualquier tiempo, sí la Junta directiva así lo determina. Representación legal. La representación legal de la Sociedad, su dirección y administración estará a cargo del Presidente de la Compañía o de sus suplentes cuando hagan sus veces, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo anterior y dentro de las normas de los estatutos y de las que adopte la Asamblea General y la Junta Directiva. No podrán desempeñarse como administradores o directivos quienes tengan la calidad de socios o administradores de Sociedades intermediarias de seguros o quienes sean administradores de otra entidad aseguradora que explote los mismos ramos de negocios, así como cualquier otra persona frente a quien se presente inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Ley. Funciones del Presidente de la Sociedad,



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5436928244898905

Generado el 14 de mayo de 2021 a las 11:35:40

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

corresponde al Presidente de la Sociedad: a) Representar a la Sociedad como persona jurídica; b) Ejecutar y hacer ejecutar todas las operaciones comprendidas dentro del objeto social, sujetándose a los estatutos, a las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas de la Junta Directiva y a las normas aplicables a la Sociedad; c) Constituir mandatarios y apoderados que obran a sus órdenes y representen a la Sociedad. Adicionalmente, podrán delimitar las funciones de los Representantes Legales de las Sucursales en virtud de lo dispuesto por el Artículo 114 del Código de Comercio, así como las de los Representantes Legales para adelantar funciones judiciales: d) Celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social de acuerdo con sus atribuciones legales estatutarias y las que le confieran la Asamblea General y la Junta Directiva; e) Presentar a la Junta Directiva y con más de quince (15) días hábiles por lo menos de anticipación a la próxima reunión ordinaria de la Asamblea General de Accionistas, el balance, las cuentas, el inventario y la liquidación de los negocios, con un proyecto de distribución de utilidades y un informe sobre la marcha de la Compañía; f) Nombrar o remover todos los empleados y funcionarios de la Compañía cuyo nombramiento no corresponda a la Junta Directiva o a la Asamblea General de Accionistas; g) Convocar a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias y mantenerla al corriente de los negocios sociales, h) Nombrar árbitros y componedores; i) Presentar a la Junta Directiva la proposición de nombramientos o remoción de gerentes de sucursales; j) Suscribir las actas junto con el Secretario General, en el caso de reuniones no presenciales de Asamblea y Junta Directiva, las cuales deberán elaborarse y asentarse en el libro respectivo, dentro de los treinta días siguientes a aquel en que ocurrió el acuerdo; k) Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social; l) Velar porque se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la Revisoría Fiscal; m) Guardar y proteger la reserva industrial y comercial de la Sociedad; n) Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada; o) Dar un trato equitativo a todos los Accionistas y respetar el ejercicio del derecho de inspección de todos ellos; p) Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias; q) Abstenerse de participar por si o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la Sociedad o en actos respecto de los cuales exista conflictos de interés, salvo autorización expresa de la Asamblea General de Accionistas y velar porque no se presenten conflictos de interés en decisiones que tengan que tomar los Accionistas, Directores, Administradores y en general los funcionarios de la Sociedad. En todo caso la autorización de la Asamblea General de Accionistas sólo podrá otorgarse cuando el acto no perjudique los intereses de la Sociedad; r) Ejercer las demás funciones que le asignen o deleguen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. (Escritura Pública 0606 del 14 de abril de 2015 Notaria 65 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Javier José Suárez Esparragoza Fecha de inicio del cargo: 13/04/2015	CC - 80418827	Presidente
David Leonardo Otero Bahamon Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 91514879	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Claudia Marcela Sánchez Rubio Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020	CC - 65745726	Cuarto Suplente del Presidente
Hernando Fabiano Ramírez Rojas Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 79911703	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Sergio Vladimir Ospina Colmenares Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 79517528	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5436928244898905

Generado el 14 de mayo de 2021 a las 11:35:40

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Allan Iván Gómez Barreto Fecha de inicio del cargo: 09/03/2021	CC - 79794741	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Juan Fernando Parra Roldán Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 79690071	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Gloria Yazmine Breton Mejía Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 51689883	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Elsa Magdalena Pardo Rey Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 21068659	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 7173298	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 accidentes personales, colectivo de vida, vida grupo, educativo, pensiones, salud, vida individual.

Resolución S.B. No 1006 del 30 de mayo de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1174 del 17 de junio de 1994 seguro de pensiones ley 100

Resolución S.B. No 2511 del 18 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 el ramo de pensiones de jubilación se comercializará bajo el nombre de pensiones voluntarias (Cancelado por Resolución S.B. Nro. 128 del 16/02/2004).

Resolución S.F.C. No 1417 del 24 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para operar los ramos de Colectivo de vida y Educativo

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

Luisa Fernanda Bernal Vargas

De: Notificaciones <notificaciones@segurosbolivar.com>
Enviado el: viernes, 7 de mayo de 2021 3:58 p. m.
Para: Héctor Mauricio Medina Casas
CC: Germán Andrés Cajamarca Castro; Nicolas Hoyos Vargas
Asunto: PODER JESÚS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE
Datos adjuntos: PODER JESUS ANTONIO POLANCO MONTEALEGRE - Jose David Gomez Garcia.pdf

Estimado doctor

Remitimos adjunto el poder para que nos represente dentro del proceso del asunto, con el fin de que se adelanten las labores de defensa de los intereses de la compañía al interior del mismo.

Atentamente

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

AVISO LEGAL: Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Está prohibido sustraer, ocultar, interceptar o impedir que el presente mensaje llegue a su destinatario, so pena de las sanciones penales correspondientes. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, grabación, utilización, aprovechamiento o divulgación con cualquier propósito. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos u otros defectos que tenga el correo o cualquier anexo a él, razón por la cual ninguna de las Compañías integrantes del Grupo Bolívar o sus entidades vinculadas asumen responsabilidad alguna por daños causados por cualquier virus u otro defecto transmitido en este correo. El presente correo electrónico solo refleja la opinión de su remitente y no representa necesariamente la opinión oficial de alguna de las Compañías del Grupo Bolívar o de sus Directivos o de alguna de las entidades vinculadas al Grupo Bolívar.

El correo electrónico bajo el dominio @grupobolivar.com, @segurosbolivar.com y/o @solucionesbolivar.com puede ser usado por funcionarios de Grupo Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., Soluciones Bolívar S.A.S. o de otras Compañías integrantes del Grupo Bolívar, así como por funcionarios de otras entidades vinculadas al Grupo Bolívar. La titularidad de la información contenida en este correo corresponderá a la respectiva Compañía o entidad a la que haga referencia el remitente del mensaje.
