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

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Miércoles 27 de Enero del 2021

HORA: 9:41:22 am

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; Lina Marcela Gabelo Velásquez, con el radicado; 202000374, correo electrónico registrado; notificacionesatenas@gmail.com, dirigido al JUZGADO 9 CIVIL MUNICIPAL.

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

Archivo Cargado

Contestacion.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-20210127094123-16113

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Doctor

JORGE HERNÁN PULIDO CARDONA

JUEZ NOVENO CIVIL MUNICIPAL

MANIZALES – CALDAS -

E. S. D.

Acción: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

Demandante: JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ

Demandado: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Radicado: 2020-00374-00

LINA MARCELA GABELO VELÁSQUEZ, abogada en ejercicio, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.053.784.680 de Manizales, y portadora de la Tarjeta Profesional No. 210.292 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en representación de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, conforme al poder que me fue conferido, y encontrándome en el término legal para hacerlo, procedo a contestar la demanda interpuesta por el señor **JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ**, en los siguientes términos:

I. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la parte actora y en especial a que se declare responsable contractualmente a mi representada, por cuanto en el caso concreto, la convención se encuentra viciada de nulidad relativa, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, la cual deberá ser declarada en este proceso.

II. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA Y LA SUBSANACIÓN

1. ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto que es enfermero de profesión, según se puede constatar en documentación allegada. En cuanto a su especialidad, es un hecho que NO LE CONSTA a mi poderdante.

- 1.1 ES CIERTO.

1.2 ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto en cuanto a que el señor Marín Martínez hizo parte del grupo asegurado de la póliza colectiva de vida No. 460726, desde el 30 de abril de 2.015 y hasta el 10 de abril de 2.018, lo que NO ES CIERTO es que hubiera estado tres años en el plan, pues como las mismas fechas lo indican, su retiro de la póliza grupal se dio varios días antes de cumplir los tres años a los que se hace alusión en este hecho.

1.3 ES CIERTO.

2. ES CIERTO.

2.1 ES CIERTO.

2.2 ES CIERTO en cuanto a los documentos que le fueron entregados al entonces peticionario, en lo que corresponde al contenido puntual de cada uno de aquellos, puede ser visualizado directamente por el señor Juez, debiendo tener en cuenta solo que se encuentre expresamente allí consignado, y haciendo caso omiso a todo cuanto sean consideraciones o apreciaciones de la parte demandante al respecto. Sin embargo, particularmente respecto de la transcripción que se realiza de la cláusula de convertibilidad, resulta importante que el juez tenga en consideración la totalidad de lo allí estipulado, pues tiene una incidencia directa en el desarrollo del proceso.

3. ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto en cuanto a que se pactó la cláusula de convertibilidad. Lo que NO ES CIERTO es que hubiere sido una garantía, como lo señala la parte actora, pues ello en términos aseguraticios, tiene otro significado y connotaciones.

3.1 ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto en cuanto a que la cláusula de convertibilidad permitía pasar del aseguramiento grupal al individual siempre y cuando se cumplieran los requisitos expresamente señalados en las condiciones generales, lo que NO ES CIERTO es que se diera continuidad de amparos, pues como lo señala claramente la póliza y así se transcribió incluso por el mismo demandante en el hecho 2.2 de su escrito, se indicó: *"Las coberturas adicionales a la de vida se cancelarán al momento de retiro y por lo tanto no estarán incluidas en el nuevo seguro"*. De lo que se sigue que al hacer uso de la plurimencionada convertibilidad, la misma aplicaba única y exclusivamente para el amparo de vida y NO para los amparos accesorios, que, de

ser adquiridos, exigían el cumplimiento de los requisitos normales, incluyendo naturalmente, la declaración de asegurabilidad.

Lo demás que aparece relatado en los demás párrafos, en realidad no corresponden a hechos, sino al despliegue de la documental aportada como prueba.

4. NO ME CONSTA. Pues mi mandante ignora específicamente cuáles fueron las conversaciones o acuerdos que se dieron entre el hoy demandante y el asesor Alberto Aristizábal López, ateniéndose entonces mi poderdante única y exclusivamente a los soportes documentales existentes respecto del aseguramiento del señor Marín Martínez.

4.1 ES CIERTO lo que corresponde a la calidad de empleado del señor Alberto Aristizábal López, lo demás, NO SON HECHOS, sino consideraciones subjetivas y jurídicas de la parte actora frente a las cuales, por ende, no emitiremos pronunciamiento alguno.

4.2 ES CIERTO, en cuanto a las capacidades del mencionado señor Aristizábal López. En lo que respecta a la aplicación de la convertibilidad, el hecho de que no se hubiere realizado el tránsito de una póliza a otra con la continuidad que reclama la parte actora, absolutamente ninguna implicación tiene para la solución del caso concreto, en el entendido de que, como se indicó al dar respuesta a uno de los hechos precedentes, la convertibilidad aplica única y exclusivamente para la cobertura básica de vida y no para las accesorias, siendo el amparo de enfermedades graves una de ellas, motivo por el cual, para su adquisición, en cualquier caso debía diligenciar el formulario de asegurabilidad.

5. NO ES CIERTO. El demandante no hizo uso de la convertibilidad, sino que tomó una póliza nueva, ésta de carácter individual. Ahora bien, se itera que el que hubiera o no hecho uso de la mentada condición, en nada repercute para la solución de esta controversia, en la medida en que, de haberse dado la continuidad, la misma no hubiera incluido los amparos accesorios, sino únicamente el básico de vida, que no corresponde con lo que se debate en este trámite.

5.1 ES CIERTO.

5.1.2 NO ES CIERTO. La solicitud de seguro para la póliza individual, se realizó como si se tratara de una póliza nueva y no para dar continuidad a un aseguramiento anterior, no obstante lo cual, insistimos en que ninguna implicación tiene para el

caso, pues al no estar comprendidos los amparos accesorios en la cláusula de convertibilidad, para los mismos sí debía diligenciarse solicitud de seguro o formulario de asegurabilidad; y la controversia en este caso no se contrae a la afectación del amparo básico de vida.

Ahora bien, en lo que corresponde a lo que se aporta como pruebas, por no ser soportes fácticos, nos abstendremos de emitir pronunciamiento. En igual sentido ocurre con los soportes normativos que se mencionan, y que tampoco constituyen hechos frente a los cuales pueda indicarse su veracidad o falsedad.

Finalmente, en todo lo que se alude a la no convertibilidad de que se duele la parte actora, no nos cansaremos de indicar que no se relaciona en lo absoluto con el objeto de controversia, en la medida en que el amparo de cáncer era una cobertura accesoria o adicional, frente a la cual NO aplicaba la convertibilidad, como la misma cláusula lo señala de manera expresa.

6 ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto en cuanto a que el demandante es enfermero. En cuanto a su especialidad, como se indicó anteriormente, la misma no le consta a mi mandante. En cuanto a su vínculo laboral con Cardiólogos del Café S.A.S, y la fecha de inicio del mismo, ES CIERTO, de acuerdo con la certificación allegada.

7 ES CIERTO.

7.1 ES CIERTO.

7.2 ES CIERTO.

8 ES CIERTO.

8.1 ES CIERTO.

8.1.1 ES CIERTO, y nos atenemos al contenido de cada uno de los documentos señalados.

9. ES CIERTO. No obstante, es perentorio aclarar que, para ese momento, la compañía de seguros desconocía completamente la reticencia en que había incurrido el tomador de la póliza, y que fue descubierta después, cuando se elevó la solicitud indemnizatoria, momento en el cual se procedió con la cancelación de todos los amparos accesorios.

10. NO ES CIERTO. La póliza sí fue renovada para la vigencia 2019-2020, pero una vez verificadas sus condiciones, se pudo establecer que el valor asegurado fue de \$40.000.000 y no de \$41.200.000 como se afirma.

11. ES CIERTO, según consta en los documentos arrimados, lo que da cuenta de que, desde esa fecha, esto es, el 23 de febrero de 2018, el señor Jaime Andrés, de profesión enfermero, como se ha confesado y probado documentalmente, sabía y conocía que estaba bajo estudio médico y se encontraba pendiente un diagnóstico.

11.1 ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto que en la mentada fecha se recibió por parte del Instituto de Patología de Caldas, la muestra para análisis. Ahora bien, si anunciaron o no una fecha específica para la entrega de los resultados, es un asunto que NO LE CONSTA a mi poderdante.

12. ES CIERTO, en cuanto a la fecha de suscripción de la solicitud de seguro electrónica. En cuanto a la convertibilidad, reiteramos que no se trata de una garantía, y que, en cualquier caso, la misma no comprendía los amparos accesorios como el de cáncer. Ahora bien, en torno a si el señor Marín Martínez conocía o no los resultados de los análisis de patología, es un asunto netamente probatorio, pero lo que sí se conoce a ciencia cierta y así mismo lo confesó la parte demandante, es que, desde el 23 de febrero de 2018, esto es, dos meses antes de suscribir el formato de asegurabilidad, era ampliamente conocedor de que se encontraba bajo estudio médico y estaba pendiente de un diagnóstico que dependía de los resultados del estudio de patología.

12.1 ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto en cuanto a que el señor Jaime Andrés omitió, al momento de diligenciar la solicitud de seguro, informar sobre los resultados del tejido extraído el día 23 de febrero de 2018, así como omitió, a pesar de que en el formato de asegurabilidad se preguntaba puntualmente sobre el particular y se dispuso un espacio específico para el fin, informar que se encontraba bajo estudio médico y con un diagnóstico pendiente, precisamente habida cuenta de que se había llevado una muestra de tejido para estudio de patología. NO ES CIERTO que el señor Marín no tuviera obligación de diligenciarlo, pues como se ha insistido a lo largo de este escrito, de haberse hecho uso de la convertibilidad, la misma aplicaba únicamente para la cobertura de vida, de modo que, si el tomador quería hacerse a otras coberturas, como la de enfermedades graves o el anexo de cáncer, sí debía suscribir el formato de asegurabilidad e informar de manera clara y sincera el estado del riesgo, cuestión que no hizo.

13. ES CIERTO.

14. ES CIERTO.

15. ES CIERTO.

15.1 ES CIERTO, en cuanto a la fecha de la cita y la profesional que brindó la atención. En cuanto a lo demás, se refiere a medios de prueba, por lo cual no nos pronunciaremos, manifestando eso sí que nos atenemos a lo que aparezca consignado en la documental.

15.2 ES CIERTO.

16. ES CIERTO.

17. ES CIERTO.

17.1 ES CIERTO

17.2 NO ME CONSTA, pues mi mandante desconoce específicamente a qué se orienta la prueba o examen a que hace alusión la parte actora, y tampoco conoce a ciencia cierta en qué momento se puede considerar con rigor científico, que se dio el diagnóstico de cáncer.

18. ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto en cuanto a la fecha de la consulta y el médico tratante. Ahora bien, en torno a si apenas en esa fecha se dio el diagnóstico de cáncer, es un hecho que NO LE CONSTA a mi mandante, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas al dar respuesta al hecho anterior.

19. ES CIERTO.

20. ES PARCIALMENTE CIERTO. Cierto en la medida en que, en la fecha señalada, mi mandante procedió a objetar de manera fundada la reclamación presentada por configurarse una reticencia en la declaración del estado del riesgo. Lo que NO ES CIERTO, es que para el 23 de abril de 2018 se hubiere realizado la convertibilidad.

21. NO ME CONSTA. Pues se ignoran las cuestiones que atañen a la relación y asesoría puntual entre el hoy demandante y su apoderado.

21.1 NO ME CONSTA. Mi mandante desconoce cuál fue el análisis realizado por el apoderado, no obstante lo cual se deja sentado desde ya, que sí hubo reticencia en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador de la póliza, lo cual se explicará más a profundidad en el acápite exceptivo de este escrito.

21.1.2 NO ME CONSTA. Se trata del análisis realizado por el abogado, frente a cuál era el proceder para el caso concreto.

21.1.3 ES CIERTO, en cuanto a la fecha de radicación del derecho de petición. En torno a las consideraciones de la parte demandante sobre la migración del seguro y cualquier desconocimiento u omisión a cargo de mi representada, NO SON CIERTAS, y se insiste en que no hubo uso de la cláusula de convertibilidad, lo cual en ninguna medida modifica el análisis del asunto, pues para las coberturas adicionales como la de cáncer, no aplicaba aquella, debiendo, en cualquier caso, diligenciarse el formulario de asegurabilidad.

22. ES CIERTO.

22.1 ES CIERTO.

22.2 ES CIERTO.

22.3 ES CIERTO,

22.4 ES CIERTO.

23. ES CIERTO.

23.1 ES CIERTO

24. NO ES CIERTO. La objeción emitida y sostenida por la compañía de seguros que represento, se encuentra amparada tanto en lo consagrado contractual y legalmente.

24.1 NO ES CIERTO. Todos los comportamientos de mi poderdante han estado al amparo de lo estipulado legal y contractualmente, siendo, por el contrario, el comportamiento omisivo del tomador del seguro, el lesivo de los derechos de mi mandante.

24.1.1 NO ES CIERTO. Como se ha expuesto in extenso, de un lado, no se aplicó la aludida convertibilidad, y del otro, la misma no aplicaba para los amparos accesorios, de manera que para los mismos debía diligenciarse el formulario de asegurabilidad, en el cual el tomador omitió informar a la aseguradora, que se encontraba bajo estudio médico y pendiente de un diagnóstico.

24.1.2 NO ES CIERTO. Como se ha dicho, la convertibilidad no era una garantía, sino una cláusula contractual en la que se encontraba establecido un derecho, condicionado al cumplimiento de varios requisitos y únicamente aplicable para la cobertura básica de vida, como se ha explicado.

24.1.3 ES CIERTO, pero se reitera, ello no tiene ninguna injerencia a la hora de resolver el caso, pues lo que se debate no es la afectación del amparo de vida, sino de la cobertura accesoria de cáncer, frente a la que no procedía convertibilidad alguna, como claramente se señaló en la póliza.

24.1.4 NO ES CIERTO. Al asegurado se le otorgaron unas coberturas para el plan individual, conforme la declaración de asegurabilidad suscrita.

24.2 NO ES CIERTO. Como se verá a profundidad en las excepciones, el hoy demandante no actuó inocentemente, y si bien para la fecha de suscripción del formulario de asegurabilidad no le había sido entregado el diagnóstico de cáncer, sí era conocedor de que desde el 23 de febrero de 2018 había una muestra suya pendiente de resultado de patología y por ende, se encontraba a la espera de un diagnóstico y bajo estudio médico, cuestión que omitió declarar o informar a la compañía de seguros, pese a que de manera expresa en el formato, se le indagaba por esa circunstancia.

24.3 NO ES CIERTO. Como se verá a profundidad en las excepciones, el hoy demandante no actuó inocentemente, y si bien para la fecha de suscripción del formulario de asegurabilidad no le había sido entregado el diagnóstico de cáncer, sí era conocedor de que desde el 23 de febrero de 2018 había una muestra suya pendiente de resultado de patología y por ende, se encontraba a la espera de un diagnóstico y bajo estudio médico, cuestión que omitió declarar o informar a la compañía de seguros, pese a que de manera expresa en el formato, se le indagaba por esa circunstancia.

24.4 NO ES CIERTO. Como se verá a profundidad en las excepciones, el hoy demandante no actuó inocentemente, y si bien para la fecha de suscripción del formulario de asegurabilidad no le había sido entregado el diagnóstico de cáncer, sí era conocedor de

que desde el 23 de febrero de 2.018 había una muestra suya pendiente de resultado de patología y por ende, se encontraba a la espera de un diagnóstico y bajo estudio médico, cuestión que omitió declarar o informar a la compañía de seguros, pese a que de manera expresa en el formato, se le indagaba por esa circunstancia.

25. ES CIERTO, no obstante, como se ha expuesto a lo largo de esta réplica, el demandante, quien además es enfermero, conocía que estaba bajo estudio médico y a la espera de un diagnóstico condicionado a los resultados de patología, cuestión que no informó a la compañía de seguros.

25.1 NO ES CIERTO. El hoy demandante sí omitió declarar información de suma relevancia para la compañía, tanto que requería aportar información puntual y dispuso un espacio especial para que se realizaran las manifestaciones al respecto.

25.2 NO ES CIERTO. En ningún momento el actuar de mi procurada ha sido arbitrario, y por el contrario, ha procedido conforme la ley y el contrato la autorizan.

25.3 NO ES UN HECHO, sino consideraciones relacionadas con la demanda inicial que fue subsanada.

26. NO ES CIERTO. No hubo absolutamente ninguna vulneración por parte de mi mandante, del contrato de seguro suscrito con el ahora demandante.

26.1 NO ES CIERTO. Se insiste en que la convertibilidad no constituía una garantía, en términos aseguraticios, y al mismo tiempo se itera que habiéndose acudido o no a la convertibilidad, los efectos de objeción o negativa de pago hubieran sido los mismos, toda vez que para la cobertura de cáncer debía diligenciarse el formato de asegurabilidad, pues no estaba comprendido dentro de la convertibilidad.

26.2 NO ES CIERTO. La reticencia se configuró por el solo hecho de haber omitido el tomador de la póliza, informar que se encontraba bajo tratamiento médico y pendiente de un diagnóstico, desde el 23 de febrero de 2.018; independientemente de que el resultado o diagnóstico le fuera entregado después.

26.2.1 NO ES UN HECHO, por lo tanto nos abstenemos de emitir pronunciamiento.

26.3 NO ES CIERTO. Como se ha manifestado, la negativa de pago obedeció a argumentos de orden legal y contractual, por lo tanto, se encuentra plenamente fundada

y soportada. Ahora bien, el valor asegurado no correspondía como se indica, a \$41.200.000, sino a \$40.000.000, a los cuales, en todo caso, el ahora accionante no tiene ningún derecho.

26.4 NO ES CIERTO. Mi mandante, como se ha dicho, ha actuado completamente amparada en la ley. Incluso al proceder a la cancelación de los amparos accesorios y así manifestarlo desde la misma objeción, actuó con plena transparencia frente al tomador, pues al configurarse la reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, cualquier reclamación posterior por cualquiera de esos amparos, sería objetada también. De la misma manera, cuando sugirió al tomador que cancelara él mismo la cobertura de vida, evitándole así continuar pagando primas frente a amparos que a la postre no tendrían cobertura, por las razones que ya se han esbozado y sobre las que se profundizará en el acápite exceptivo.

27. NO ES CIERTO. En ningún momento mi mandante ha incumplido el contrato celebrado, por el contrario, el tomador fue quien incumplió su deber de actuar con ubérrima buena fe y plena sinceridad, al no declarar el real estado del riesgo, pese a que la compañía de seguros de manera específica indagó sobre el punto.

27.1 NO ES CIERTO. Como se ha indicado, la objeción emitida por la compañía de seguros fue plenamente fundada, por lo que no se pueden configurar intereses moratorios, y menos aún sobre la suma señalada, que no se corresponde con el valor asegurado.

27.2 NO ES CIERTO. En primer lugar, porque se insiste, no hay lugar al pago de intereses moratorios, en tanto la obligación inicial de pago nunca nació. En segunda medida, se itera que el capital sobre el cual se calculan los intereses, si es que los mismos procedieran, es erróneo. En el capítulo de objeción al juramento estimatorio se profundizará lo correspondiente.

28. ES CIERTO,

29. ES CIERTO.

30. ES CIERTO que el hoy demandante asumió los costos derivados de la celebración de la audiencia extrajudicial. Omitimos pronunciarnos frente a las demás cuestiones manifestadas en este hecho, pues constituyen una pretensión.

31. NO ES UN HECHO, sino que se trata de consideraciones jurídicas respecto de la prescripción.

32. ES CIERTO, no obstante se desconocen las implicaciones que tal circunstancia puedan tener en la solución del caso concreto.

III. EXCEPCIONES DE FONDO – FUNDAMENTOS FÁCTICOS Y JURÍDICOS DE LA DEFENSA

EXCEPCIÓN PRINCIPAL:

1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

Se solicita señor Juez, que proceda a la declaración de la nulidad del contrato de seguro instrumentando en la póliza de vida individual No. 081004049242, suscrito entre Seguros de Vida Suramericana S.A., entidad que figura como parte demandada en este litigio, y el señor Jaime Andrés Marín Martínez, quien funge como demandante en esta causa; toda vez que se configuró la causal especial y específica contemplada en el artículo 1058 del Código de Comercio, el cual dispone: ***“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*”**

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.” (Negritas fuera de texto).

Lo anterior surge meridianamente claro de lo siguiente:

El señor Jaime Andrés Marín Martínez elevó solicitud indemnizatoria ante la compañía que represento, en el año 2019, pretendiendo la afectación de la cobertura especial de "cáncer", ante el diagnóstico de "Melanoma maligno del tronco", para lo cual aportó documentos emitidos por diferentes IPS's, como la Caja de Compensación Familiar de Caldas -CONFA -, el Instituto Caldense de Patología, y Oncólogos de Occidente.

Del análisis de la documentación allegada se identificó que el día 23 de febrero de 2018, como el propio demandante lo confiesa en varios de los hechos del líbello introductorio, éste cumplió cita en la que se le tomó una muestra de tejido por parte de la Dra. Tatiana Escobar Díaz, con la intención de realizar un estudio de patología, misma que en igual fecha fue entregada en la institución encargada de la realización del análisis, esto es, el Instituto Caldense de Patología.

Se alega en la demanda que el reporte o resultado de dicho estudio fue entregado al paciente el 18 de julio de 2018, y el diagnóstico como tal fue posterior a dicha fecha, es decir, mucho después de haber diligenciado la declaración de asegurabilidad para la expedición del seguro de vida individual; no obstante lo anterior, olvida la parte demandante tomar en cuenta el texto completo de dicho formulario o formato de asegurabilidad, en el que se lee: "*¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento o control médico o tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses **y/o se encuentren en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?***" (Negritas fuera de texto); interrogante ante el cual como respuesta se obtuvo: "*tiene para programar una CIRUGÍA (SIC) de hernia umbilical*".

De lo anterior se desprende que, si bien para el 23 de abril de 2018 el señor Jaime Andrés Marín Martínez, no había sido diagnosticado con cáncer, sí sabía que dos meses atrás, es decir, el 23 de febrero, se le había tomado una muestra de tejido que él mismo había entregado al Instituto Caldense de Patología; y dada su profesión de "**Enfermero**", confesada en el hecho primero y otros varios de la demanda, se concluye que tenía el conocimiento necesario para entender que en términos de salud, las muestras se envían para estudio de patología cuando se quiere descartar o confirmar la presencia de alguna enfermedad o afección de la salud, motivo por el cual se encontraba legalmente obligado a informar de tal situación a la compañía de seguros en el mismo lugar en el que sí informó que se encontraba pendiente de una cirugía de hernia umbilical; máxime porque el cuestionamiento era lo suficientemente claro, es decir, el solicitante debía

informar a la aseguradora si se encontraba bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad, que era precisamente lo que ocurría, independientemente de que para el 23 de abril el señor Jaime Andrés no conociera los resultados de tales análisis.

De lo anterior se concluye que la parte actora pretende llevar al juzgado al convencimiento de que no hubo reticencia, en tanto el asegurado desconocía el diagnóstico de cáncer para la fecha de diligenciamiento del formulario propuesto por la aseguradora, argumento que queda totalmente descartado, en el entendido de que, como se ha indicado, si bien no lo conocía para esa fecha, sí tenía pleno conocimiento de que estaba bajo estudio para el diagnóstico de una enfermedad, lo cual omitió declarar en el espacio dispuesto para ello en el formulario.

Es de resaltarse que, por la incidencia de este tipo de circunstancias para la compañía, tanto así que de manera expresa se inquiriere al solicitante para que haga sus manifestaciones al respecto, y reserva un espacio dentro del formato de asegurabilidad para tales efectos, es natural que de haber conocido que el señor Marín Martínez se encontraba a la espera de resultados para confirmar un diagnóstico de cáncer, se hubiere abstenido de conceder tal amparo, que además era adicional al básico de vida; o como mínimo hubiere incrementado la prima a cobrar por el seguro, cuestiones que no pudo hacer únicamente porque el asegurado calló tal información relevante e impidió que la aseguradora hiciera uso de su autonomía para decidir cuáles riesgos asumía y cuáles no, en los términos del artículo 1056 de la codificación comercial.

En este punto es de singular importancia que el despacho conozca que, después de recibida y estudiada la solicitud indemnizatoria, y evidenciada la reticencia, la compañía procedió inmediatamente a la cancelación de los amparos accesorios o anexos diferentes al básico de vida, según se le informó al mismo asegurado a través de la comunicación que negó el pago solicitado u objetó la reclamación, como puede apreciarse en las comunicaciones fechadas el 1 de agosto y el 29 de diciembre de 2019, allegadas al dossier por el propio demandante; de donde se sigue que está más que claro que de haber conocido la situación particular que el asegurado omitió, la conducta de la compañía aseguradora hubiera sido otra diferente a la simple expedición del seguro.

De otro lado, el demandante busca restar importancia al plurimencionado formulario, argumentando que en cualquier caso tal declaración era innecesaria, en la medida en que debió haberse hecho uso de la cláusula de convertibilidad de la póliza de vida grupo, y en ese orden de ideas, ni siquiera tenía la obligación legal o contractual de presentar dicha declaración, queriendo atribuir responsabilidades a las personas que sirvieron como intermediarias en la expedición de la póliza, cuando lo cierto es que tal argumentación

se echa al traste con la sola lectura de la cláusula de convertibilidad que aparece en el clausulado general y que el mismo demandante transcribe en su escrito, así: “2. CONVERTIBILIDAD. Si termina tu relación con la empresa que tomó el seguro o si esta lo revoca o el grupo asegurado es disuelto, **podrás continuar con la cobertura de vida** a través de un seguro de vida individual de SURA, siempre y cuando cumplas con los siguientes requisitos:

- a. Solicitar la conversión dentro de los 30 días siguientes al retiro.
- b. Ser menor de 70 años
- c. Haber permanecido en este seguro por lo menos un año continuo.

Podrás acceder al nuevo seguro sin requisitos de asegurabilidad y en condiciones semejantes a las que tenías en el seguro de vida grupo. La prima de este nuevo seguro será la correspondiente a la tarifa que tenga establecida SURA al momento de la conversión para tu edad. Si el seguro anterior tenía extraprimas, el nuevo también las tendrá.

Las coberturas adicionales a la de vida se cancelarán al momento del retiro y por lo tanto no estarán incluidas en el nuevo seguro.” (Negrillas y subrayas fuera de texto).

De lo anterior se concluye, sin necesidad de mayores elucubraciones, que de haberse dado la convertibilidad que el señor Marín Martínez reclama, el único amparo que quedaba incluido era el básico de vida, y no los adicionales, como claramente se encuentra establecido en la póliza, de suerte que para acceder a ellos no se encontraba exento, como lo afirma, del diligenciamiento del formulario de asegurabilidad, mismo que en cualquier caso se diligenció y en el que se omitió declarar de forma sincera el estado del riesgo que la compañía de seguros asumiría, lo que hace obligatoria la aplicación de la sanción jurídica contenida en el artículo transcrito líneas atrás, declarando la nulidad relativa del contrato de seguro, y negando en su totalidad la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

Finalmente, en torno a los términos para la alegación de este medio exceptivo, debe indicarse que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1081 del Código de Comercio, y con el desarrollo jurisprudencial sobre la materia, particularmente el contenido de la sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia el día 3 de mayo de 2.000, con ponencia del Dr. Nicolás Bechara Simancas, bajo el radicado 5360, no se ha consumado la prescripción ordinaria ni la extraordinaria, en tanto los 5 años de la extraordinaria, que corren desde el momento de la suscripción del contrato, fenecen el 30 de abril del año 2.023, mientras que los 2 años de la ordinaria, que se cuentan desde la fecha de la reclamación (momento en que la compañía recibió el historial clínico del

asegurado), vencen en julio del año 2.021, encontrándonos pues dentro de la temporalidad legal para la alegación de este medio de defensa.

Corolario de todo lo expuesto, se solicita respetuosamente su señoría que, habiéndose configurado todos los presupuestos para ello, proceda a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro instrumentado en la póliza de vida No. 081004049242 y consecuentemente, deniegue la totalidad de las pretensiones de la demanda, condenando en costas a la parte accionada en favor de mi mandante.

EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS:

Sin que con la proposición de las mismas se acepte la validez del contrato de seguro, se proponen como medios exceptivos subsidiarios los siguientes:

1. AUSENCIA DE CONFIGURACIÓN DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL – EXCEPCIÓN DE CONTRATO NO CUMPLIDO -

Vale la pena en todo caso manifestar que, en tratándose de una acción que busca la declaración de incumplimiento contractual en cabeza de la parte demandada, tal infracción no logró acreditarse, pues si bien la obligación principal de la compañía aseguradora es el pago de la indemnización una vez se configure el siniestro, ello no obsta para que, aun acontecido el riesgo asegurado, y demostrada su ocurrencia y cuantía ante el asegurador, se validen otras cuestiones, pues no se trata de un asunto que pueda proceder de manera automática, ya que de hacerlo, se correría el ya de por sí habitual riesgo de fraude, de lo que se sigue que deban las compañías ser especialmente cuidadosas a la hora de estudiar y definir las solicitudes indemnizatorias que se les presentan.

En ese orden de ideas, se tiene que la obligación de pago en cabeza de la aseguradora, la cual muchas veces ni siquiera se materializa, es posterior y no concomitante a la celebración del vínculo contractual, y, por ende, es a la hora de la reclamación en donde se verifica el estudio de la procedencia de la indemnización, momento en el que la compañía define si accede o no a lo solicitado. Es así pues que, en el caso que ocupa la atención del despacho, la parte actora NO logró acreditar que la aseguradora hubiere incurrido en un incumplimiento a su cargo, pues si bien se negó el pago deprecado, el fundamento de dicha negativa encuentra respaldo tanto fáctico como jurídico, entendiéndose que, si desde la etapa precontractual el asegurado actuó en contra de la ubérrima buena fe que permea la relación aseguraticia, y omitió informar a la compañía

de seguros un aspecto de basilar importancia de cara al riesgo que asumiría, ese solo comportamiento faculta a la aseguradora para, una vez enterada de tal ocultación de información, negarse a efectuar el pago que bajo otras circunstancias le correspondería asumir.

En consecuencia, se tiene que, si por alguna razón el despacho se negare a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, que se solicitó en líneas precedentes, en cualquier caso, es innegable que el señor Marín Martínez no dio cumplimiento a la obligación principal a su cargo, que no es otra que declarar sinceramente el estado del riesgo; y con su comportamiento facultó a su co-contratante, para que a su vez, se negare a cumplir con su principal deber convencional, esto es, pagar la indemnización.

De acuerdo con lo antedicho, se solicita señor Juez que, en cualquier caso, declare que el señor Jaime Andrés Marín Martínez incumplió con su obligación, que era primera en el tiempo, y de esa manera facultó a mi poderdante para abstenerse a su vez de cumplir la suya, habilitándola jurídicamente para negar el pago de la indemnización que ahora pretende por la vía procesal.

2. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Se objeta el juramento estimatorio presentado por la parte actora, en el entendido de que, en primer lugar, no estaba la compañía de seguros que represento, obligada a pagar el monto correspondiente al amparo accesorio de "cáncer", y mucho menos el incremento del 3% sobre ese valor, así como tampoco al pago de intereses, conforme lo que se ha dicho en los medios exceptivos anteriores.

Ahora bien, en tratándose de un medio exceptivo subsidiario, debemos manifestar también que la liquidación de intereses se efectuó de forma errónea, por lo que a continuación proponemos la liquidación de forma correcta, sin advertir una vez más que a la compañía no le asistía ninguna obligación de pago.

AÑO	MES	INTERÉS BANCARIO ANUAL	INTERÉS BANCARIO MENSUAL	50% DE INTERÉS BANCARIO MENSUAL	INTERÉS BANCARIO MENSUAL AUMENTADO EN 50%
2019	Agosto	19,32%	1,4829%	0,74%	2,22%
2019	Septiembre	19,32%	1,4829%	0,74%	2,22%
2019	Octubre	19,10%	1,4673%	0,73%	2,20%
2019	Noviembre	19,03%	1,4623%	0,73%	2,19%
2019	Diciembre	18,91%	1,4538%	0,73%	2,18%
2020	Enero	18,77%	1,4438%	0,72%	2,17%
2020	Febrero	19,06%	1,4644%	0,73%	2,20%

AÑO	MES	CAPITAL	INTERESES
2019	Agosto	\$ 40.000.000	\$ 889.740
2019	Septiembre	\$ 40.000.000	\$ 889.740
2019	Octubre	\$ 40.000.000	\$ 880.380
2019	Noviembre	\$ 40.000.000	\$ 877.380
2019	Diciembre	\$ 40.000.000	\$ 872.280
2020	Enero	\$ 40.000.000	\$ 866.280
2020	Febrero	\$ 40.000.000	\$ 878.640
			\$ 6.154.440

Es así pues que, en el remoto caso de que se profiera una sentencia de condena en este proceso, se solicita respetuosamente a su señoría, que la liquidación de los intereses se efectúe adecuadamente, de acuerdo con las tasas de interés debidamente certificadas por la Superintendencia Financiera.

3. LA INNOMINADA O GENÉRICA

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso en el evento en que el señor Juez encuentre probados los hechos constitutivos de otras excepciones, sírvase declararlas probadas y reconocerlas oficiosamente en la sentencia a favor de Seguros de Vida Suramericana S.A.

IV. PRUEBAS

DOCUMENTALES APORTADAS

1. Archivo PDF contentivo de la carátula de la póliza No. 0460726-1 seguro de vida grupo. Un folio.

2. Archivo PDF contentivo de las condiciones generales aplicables a la póliza No. 0460726-1, bajo la forma F-02-83-277. Trece folios.
3. Archivo PDF contentivo de la carátula e la póliza No. 4049242-2, seguro de vida individual. Dos folios.
4. Archivo PDF contentivo de las condiciones generales aplicables al amparo de vida de la póliza No. 4049242-2, bajo la forma F-02-81-580. Ocho folios.
5. Archivo PDF contentivo de las condiciones generales aplicables al anexo de cáncer de la póliza No. 4049242-2, bajo la forma F-02-81-579. Seis folios.
6. Archivo PDF contentivo de la solicitud del seguro y declaración de asegurabilidad No. 8387581. Dos folios.
7. Archivo PDF contentivo del documento denominado "Firma cliente unificado", identificado como recibo No. 42859060, del 23 de abril de 2018, firmado por el señor Jaime Andrés Marín Martínez. Un folio.
8. Copia del derecho de petición presentado ante la Caja de Compensación Familiar de Caldas –CONFA-.
9. Respuesta que frente al derecho de petición emitió CONFA, e historia clínica que dicha entidad aportó, en archivo PDF con diecinueve folios.
10. Copia del derecho de petición presentado ante Oncólogos de Occidente.
11. Respuesta que frente al derecho de petición emitió Oncólogos de Occidente, e historia clínica que dicha entidad aportó, en archivo PDF con cuatro folios.

INTERROGATORIO DE PARTE

Se solicita su señoría que en la audiencia que el despacho fije para tal fin, se me permita interrogar al señor JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ, conforme cuestionario que se elevará de forma verbal durante la diligencia.

DECLARACIÓN DE PARTE

Solicito que se cite al Representante legal y/o quien haga sus veces de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., para que rinda declaración sobre el contrato de seguro suscrito con el señor JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ.

Lo anterior, en virtud de la modificación realizada por el Código General del Proceso al artículo 203 del Código Civil, que elimina la prohibición de que solo el juez y la contraparte podían interrogar y, abre la posibilidad para que tanto el abogado del demandante como el del demandado interroguen a sus contrapartes y a sus propios clientes, lo que garantiza una participación activa de ambas partes como un elemento

esencial en la búsqueda de la verdad; adicionalmente, el artículo 165 del Código General del Proceso eleva la "declaración de parte" como medio de prueba autónomo y nominado.

V. FUNDAMENTOS LEGALES

Todos los enunciados en las excepciones, Título V del Libro IV, del Código de Comercio y Artículos 1602 y siguientes del Código Civil, y concordantes.

VI. ANEXOS

1. El poder conferido para actuar junto con el certificado de existencia y representación legal de la sociedad demandada fueron radicados a través del aplicativo dispuesto para el efecto y vía correo electrónico, el día 18 de noviembre de 2.020.
2. Documentos enunciados en el acápite de pruebas documentales.

VII. DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

Me notificaré personalmente en la Secretaría del despacho o se me puede notificar en la Carrera 25 No. 24-50, apartamento 401, Edificio Portal de la 25, en la ciudad de Manizales. Celular 3158016310.

De igual manera autorizo de manera expresa para que se me notifique al correo electrónico notificacionesatenas@gmail.com

Del Señor Juez, con toda atención,



LINA MARCELA GABELO VELÁSQUEZ

CC. 1.053.784.680 de Manizales

T.P. 210.292 del C. S. de la J.



SEGURO DE VIDA DE GRUPO
 PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO


CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN MANIZALES, 29 DE ABRIL DE 2015	NÚMERO DE PÓLIZA 0460726-1	REFERENCIA DE PAGO 08393706192
INTERMEDIARIO ALBERTO - ARISTIZABAL LOPEZ	CÓDIGO 11490	OFICINA 2502
		DOCUMENTO NÚMERO 93706192

TOMADOR FONDO DE EMPLEADOS DE SERVICIOS ESPECIALES FONSES	NIT 8100049801
---	--------------------------

ASEGURADO
VER CERTIFICADO INDIVIDUAL DOCUMENTO ADJUNTO

BENEFICIARIO
VER CERTIFICADO INDIVIDUAL DOCUMENTO ADJUNTO

DIRECCIÓN DE COBRO CALLE 48 N. 25-71	CIUDAD MANIZALES	TELÉFONO 8782500
--	----------------------------	----------------------------

COBERTURAS	NRO. ASEGURADOS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA	37	\$800.000.000	\$12.558
INV DESM INUTILIZACIÓN POR ACC O ENF	37	\$800.000.000	\$728
ENFERMEDADES GRAVES	37	\$400.000.000	\$5.915
GASTOS DE ENTIERRO	37	\$75.000.000	\$1.547
BONO CANASTA / EDUCATIVO	37	\$96.000.000	\$2.321
MUERTE ACC. ARMAS	37	\$800.000.000	\$7.417
AMPAROS BASICOS SURENTA	37	\$800.000	\$4.550
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	37	\$800.000	\$501
INV. ACC. CON ARMAS	37	\$800.000.000	\$2.002
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	14	\$380.000	\$12.968

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 30-ABR-2015	HASTA 30-MAY-2015	DÍAS 30	PRIMA MENSUAL \$50.505	I.V.A \$0	TOTAL A PAGAR \$50.505
---	-----------------------------	-------------------	---------------------------	---------------------	----------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CINCUENTA MIL QUINIENTOS CINCO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 30-MAR-2015	HASTA 30-MAR-2016	FORMA DE PAGO MENSUAL	FRECUENCIA DE AJUSTE DIARIO	TIPO DE AJUSTE AJUSTE NORMAL	PRODUCCIÓN ACTUAL \$ 8.363.773	PRODUCCIÓN PROYECTADA EN RENOVACIÓN \$8.493.593
---	-----------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--	--	---

DOCUMENTO DE:
RECIBO DE COBRO PENDIENTE POR PAGO

GRANDES CONTRIBUYENTES.

RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009965

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDAS EN LA FORMA (F-02-83-277) LAS CUALES SE ADJUNTAN. EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO 083	PRODUCTO 066	OFICINA 2502	USUARIO MVG010	OPERACIÓN 07	COASEGURO DIRECTO	MONEDA PESO COLOMBIANO	FIRMA AUTORIZADA 	RECIBÍ (Firma Cajero o Cobrador Autorizado)
NRO. PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO DE COMPAÑÍA LÍDER		OPERACIÓN MODIFICACION		IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SOLO ES VALIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTA FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE, LA PRIMA SOLO SERA ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.		

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
12689	LIDA PATRICIA GONZALEZ BURITICA	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	NATURAL	50,00	25.253
11490	ALBERTO - ARISTIZABAL LOPEZ	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	NATURAL	50,00	25.253

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA 01-02-2013	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD 14-11	TIPO DE DOCUMENTO P	RAMO AL CUAL PERTENECE 34	IDENTIFICACIÓN INTERNA DE LA PROFORMA F-02-83-277
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CRA 24 # 56 - 40 BARRIO BELEN
MANIZALES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.790-5
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN

suramericana



.....

SEGURO DE VIDA GRUPO
Plan Vida Integral Contributivo

SEGUROS DE VIDA GRUPO
Plan Vida Integral Contributivo

SEGUROS DE VIDA GRUPO

Plan Vida Integral Contributivo

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

INDICE

CONDICIONES GENERALES.....	3
SECCIÓN I	
AMPAROS Y EXCLUSIONES.....	3
1. AMPAROS.....	3
2. EXCLUSIONES.....	3
SECCION II	
1. DEFINICION DE AMPAROS BASICOS.....	4
2. DEFINICION DE AMPAROS ADICIONALES.....	5
3. SUJETOS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO.....	8
4. VIGENCIA DEL SEGURO.....	8
5. EDADES.....	8
6. VALORES ASEGURADOS.....	8
7. PRIMAS.....	9
8. RENOVACION DEL CONTRATO.....	9
9. REVOCACION DEL CONTRATO.....	9
10. DECLARACION INEXACTA O RETICENTE.....	9
11. INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE LA EDAD.....	9
12. CAUSALES DE TERMINACION.....	9
13. AVISO DEL SINIESTRO.....	10
14. PRUEBA DEL SINIESTRO Y PAGO DE LA INDEMNIZACION.....	10
15. CONVERTIBILIDAD.....	11
16. PRESCRIPCION.....	11
17. DOMICILIO.....	11
18. CONDICIONES NO PREVISTAS.....	11
19. ACTUALIZACION DE LA INFORMACION.....	11

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAMPO	1	2	3	4	5
DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	14/06/2013	14 - 11	P	34	F-02-83-277
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	01/02/2013	14 - 11	NT - P	34	N-02-83-003

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., que en el presente contrato se llamará SURAMERICANA, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador, y las solicitudes individuales de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos; se obliga a pagar las indemnizaciones con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de coberturas contenidas en las Condiciones Generales de esta póliza.

SECCIÓN I - AMPAROS Y EXCLUSIONES

- | | |
|--|--|
| <p>1. AMPAROS</p> <p>1.1. BÁSICOS</p> <p>1.1.1. VIDA</p> <p>1.1.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD</p> <p>1.2. ADICIONALES</p> <p>1.2.1. ADICIONALES DE VIDA</p> <p>1.2.1.1. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL</p> <p>1.2.1.2. ENFERMEDADES GRAVES</p> <p>1.2.1.3. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS</p> <p>1.2.1.4. BONO CANASTA</p> <p>1.2.2. ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES</p> <p>1.2.2.1. MUERTE ACCIDENTAL</p> <p>1.2.2.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN ACCIDENTAL</p> <p>1.2.3. ADICIONALES DE RENTA</p> <p>1.2.3.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, CIRUGÍA AMBULATORIA E INCAPACIDAD POSTHOSPITALARIA O POSTQUIRÚRGICA</p> <p>1.2.3.2. RENTA DIARIA ADICIONAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</p> <p>2. EXCLUSIONES</p> <p>2.1 PARA TODOS LOS AMPAROS</p> <p>2.1.1. EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN. NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERRORISMO.</p> <p>2.1.2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FUSIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.</p> <p>2.2. PARA AMPAROS BÁSICOS</p> <p>2.2.1. VIDA</p> <p>ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS SE TIENEN LAS SIGUIENTES:</p> <p>2.2.1.1. SI EL ASEGURADO, ESTANDO O NO EN SU SANO JUICIO, SE QUITARE LA VIDA ANTES DE HABER TRANSCURRIDO UN (1) AÑO DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O DESDE LA FECHA DE LA REHABILITACIÓN, SURAMERICANA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA OBLIGACIÓN EN RAZÓN DEL PRESENTE SEGURO. DE IGUAL FORMA, SURAMERICANA NO CUBRIRÁ LOS AUMENTOS DE VALOR ASEGURADO QUE SE REALICEN EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA MUERTE POR SUICIDIO DEL ASEGURADO.</p> | <p>2.2.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD</p> <p>ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS SE TIENEN LAS SIGUIENTES:</p> <p>2.2.2.1. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.</p> <p>2.2.2.2. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.</p> <p>2.2.2.3. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.</p> <p>2.2.2.4. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.</p> <p>2.2.2.5. MUERTE, INVALIDEZ O LESIONES COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES POR LA PRACTICA COMO PROFESIONAL O AFICIONADO DE ACTIVIDADES TALES COMO: MOTOCICLISMO, CUATRIMOTOS, VUELO EN PLANEADORES, COMETAS, ULTRALIVIANOS Y SIMILARES; PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, DOWNHILL, PARACAIDISMO, ESCALAJE DE MONTAÑAS, SKI EN EL HIELO, BUCEO, ARTES MARCIALES Y DEPORTES O ACTIVIDADES DENOMINADAS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMAS.</p> <p>2.3. PARA AMPAROS ADICIONALES DE VIDA</p> <p>2.3.1. INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL</p> <p>ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS Y PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA E INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SE TIENEN LAS SIGUIENTES:</p> <p>2.3.1.1. LESIONES O MUERTE CAUSADAS CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.</p> <p>2.3.2. ENFERMEDADES GRAVES</p> <p>ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS Y PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA E INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SE TIENEN LAS SIGUIENTES:</p> <p>2.3.2.1. ENFERMEDADES DERIVADAS O RELACIONADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).</p> <p>2.3.2.2. LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACION TNM (TUMOR NÓDULO METASTÁSIS) CON CLASIFICACION DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA.</p> |
|--|--|

- 2.3.2.3. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 N0 M0 (DE LA CLASIFICACION TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTES A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.
- 2.3.2.4. ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS, Y CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- 2.3.2.5. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES TRANSITORIAS ISQUÉMICAS.
- 2.3.2.6. EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE ALCOHOL, TÓXICOS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- 2.3.2.7. CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES NUMERAL 2.1.2, DE LA SECCION II.
- 2.3.3. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS**
APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES QUE PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA.
- 2.3.4. BONO CANASTA**
APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES QUE PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA E INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD SEGÚN EL CASO.
- 2.4. PARA AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES**
- 2.4.1. MUERTE ACCIDENTAL Y/O INVALIDEZ ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN ACCIDENTAL**
ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA E INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y PARA EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL SE TIENEN LAS SIGUIENTES:
 - 2.4.1.1. EL USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE, DE MOTOCICLETAS MOTONETAS U OTROS VEHÍCULOS A MOTOR DE SOLO DOS (2) RUEDAS SI EL ASEGURADO ES MENOR DE 25 AÑOS.
 - 2.4.1.2. INTOXICACIONES, LUMBALGIAS, ESPASMOS MUSCULARES Y HERNIAS DE CUALQUIER CLASE.
- 2.5. PARA AMPAROS ADICIONALES DE RENTA**
ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, SE TIENEN LAS SIGUIENTES:
 - 2.5.1. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.
 - 2.5.2. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.
 - 2.5.3. HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS. ESTADOS DE DEMENCIA. CURAS DE SUEÑO, REPOSO O DESCANSO.
 - 2.5.4. HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR ALCOHOLISMO Y/O DROGADICCIÓN.
 - 2.5.5. HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SIDA.
 - 2.5.6. CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR INFERTILIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
 - 2.5.7. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS O CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
 - 2.5.8. CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.
 - 2.5.9. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS ORIENTADOS AL FETO.
 - 2.5.10. CIRUGÍA ESTÉTICA. CIRUGÍA PLÁSTICA
 - 2.5.11. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA O EN INSTITUCIONES NO AUTORIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
 - 2.5.12. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES POR LA PRACTICA COMO PROFESIONAL O AFICIONADO DE ACTIVIDADES TALES COMO: MOTOCICLISMO, CUATRIMOTOS, VUELO EN PLANEADORES, COMETAS, ULTRALIVIANOS Y SIMILARES; PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, DOWNHILL, PARACAIDISMO, ESCALAJE DE MONTAÑAS, SKI EN EL HIELO, BUCEO, ARTES MARCIALES Y DEPORTES O ACTIVIDADES DENOMINADAS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMAS.

SECCIÓN II

1. DEFINICIÓN DE AMPAROS BÁSICOS

1.1. VIDA

Al fallecimiento legalmente comprobado de cualquiera de las personas amparadas, SURAMERICANA, de acuerdo con las condiciones generales de esta póliza, entregará a los Beneficiarios el valor asegurado al momento del fallecimiento.

En caso de muerte presunta por desaparecimiento, la suma a indemnizar, será el valor asegurado a la fecha de muerte establecida en la sentencia, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

1.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1.2.1. Si durante la vigencia del presente amparo, el Asegurado se invalida, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado que tuviere a dicho momento. Se entenderá ocurrida la invalidez al momento de su estructuración.

Para efectos de este amparo, la invalidez será la pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50% de acuerdo con los criterios establecidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez [decreto 917 de 2001 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez].

La invalidez, siempre y cuando se califique con base en los criterios establecidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente al momento de la calificación, podrá ser certificada por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), Entidad Promotora de Salud (EPS), por la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentra afiliado el Asegurado, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez o entidad que haga sus veces, o por médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional).

- 1.2.2. Si durante la vigencia del presente amparo, el asegurado sufre alguno de los siguientes eventos, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado alcanzado al momento de la ocurrencia de dicho evento:
- a. La pérdida de la visión por ambos ojos
 - b. La pérdida de ambas manos o de ambos pies
 - c. La pérdida de toda una mano y de todo un pie
 - d. La pérdida de toda una mano o de todo un pie y la visión por un ojo
 - e. La pérdida total del habla
 - f. La pérdida total de la audición por ambos oídos.
- 1.2.3. Una vez pagada la indemnización por uno de los dos supuestos descritos en los numerales 1.2.1 y 1.2.2. el seguro termina y SURAMERICANA quedará liberada de toda obligación frente al contrato de seguro.

DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Si durante la vigencia del amparo, el Asegurado sufriera desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado que tuviere al momento de ocurrencia de la desmembración o inutilización.

Se considerarán dentro de este amparo las siguientes desmembraciones o inutilizaciones, para las cuales se pagarán los porcentajes indicados sobre el valor asegurado del amparo de invalidez:

- a. Por la pérdida de una sola mano:60%
- b. Por la pérdida de un solo pie:60%
- c. Por la pérdida de la visión por un solo ojo:.....60%

Inutilización significa pérdida total y permanente de la funcionalidad.

Para efectos del amparo de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, pérdida significa con respecto de:

- a. **Manos:** inutilización o amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o parte proximal de ella.
- b. **Pies:** inutilización o amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o parte proximal de él.
- c. **Visión:** pérdida total e irreparable de la visión por un ojo.
- d. **Audición:** pérdida total e irreparable de la audición por ambos oídos.
- e. **Habla:** pérdida total e irreparable del habla.

Toda indemnización por estos eventos disminuirá el valor asegurado del amparo básico de vida e invalidez, desmembración e inutilización por accidente o enfermedad en el 60%. En caso de presentarse una reclamación posterior

que afecte el amparo básico, la indemnización se hará por el valor remanente.

2. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES

Para los amparos adicionales de vida, accidentes personales y renta, se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que ocurra durante la vigencia de la póliza y que produzca en la integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

2.1. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES DE VIDA

2.1.1. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado falleciere como consecuencia de las lesiones sufridas en dicho evento, SURAMERICANA pagará a los Beneficiarios, la suma asegurada por este amparo a la fecha del accidente.

2.1.2 ENFERMEDADES GRAVES

Cuando al Asegurado le sea diagnosticada médicamente por primera vez, durante la vigencia del presente amparo, cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, leucemia, infarto del miocardio, cirugía arteri coronaria, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, trasplante de órganos vitales, quemaduras graves, estado de coma, anemia aplásica, traumatismo mayor de cabeza, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson; SURAMERICANA pagará una suma equivalente al porcentaje señalado en la carátula de la póliza.

El porcentaje señalado afectará directamente el valor asegurado en el amparo básico de vida e invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, que se reducirán en esa proporción, al momento del diagnóstico de la enfermedad. En caso de presentarse una reclamación posterior por una cobertura del amparo básico, la indemnización se hará con base en el remanente.

La manifestación y el diagnóstico de la enfermedad, deberán presentarse con posterioridad a los tres (3) meses de iniciación de la primera vigencia del presente anexo y el diagnóstico deberá ser confirmado por evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Para efectos de este amparo, se tomarán las siguientes definiciones:

2.1.2.1. Infarto del miocardio

Significa la muerte de una porción del músculo del corazón resultado del bloqueo de una o más arterias coronarias.

El diagnóstico está basado en un episodio que consiste en:

- a. Dolor de pecho típico,
- b. Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones, o inversión de la onda T en dos o más derivaciones, y
- c. Elevación de enzimas cardíacas

2.1.2.2. Cirugía arteri coronaria (Revascularización Coronaria):

La Cirugía de corazón recomendada por un cardiólogo para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias que requieran la colocación de al menos dos injertos o puentes (By - Pass).

2.1.2.3. Cáncer

Significa un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y esparcimiento de células malignas y la invasión de tejido. Esta definición incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin diferente al estadio I.

2.1.2.4. Enfermedad cerebrovascular

Cualquier enfermedad cerebrovascular ocasionada por hemorragia o infarto del tejido cerebral secundario a embolismos o trombosis, que producen déficit neurológico con duración mayor de 24 horas y que persiste por lo menos 30 días comunes después de que se presente el evento.

2.1.2.5. Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia permanente e irreversible de ambos riñones como resultado de cualquier causa que requiera tratamiento de diálisis o trasplante de riñón.

2.1.2.6. Esclerosis múltiple

Diagnóstico inequívoco de un neurólogo registrado de por lo menos dos episodios de anomalías neurológicas bien definidas con síntomas característicos de desmielinización, anomalías neurológicas persistentes y deterioro funcional, con una duración continua no inferior a ciento ochenta (180) días comunes y que hayan sido confirmados por técnicas modernas de imágenes.

El diagnóstico deberá ser confirmado cumplidos los ciento ochenta (180) días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

2.1.2.7. Trasplante de órganos vitales

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas.

Los órganos cuyo trasplante está cubierto por esta póliza son los siguientes: Hígado, Corazón, Médula Ósea, Páncreas, Pulmón e Intestino Delgado.

2.1.2.8. Quemaduras graves (Gran quemado)

Quemaduras de tercer grado que cubran al menos un 20% del área de superficie del cuerpo del asegurado. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de la carta de LUND BROWDER o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas

2.1.2.9. Estado de coma

Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, persistiendo continuamente con el uso de sistemas de soporte de la vida por un periodo de al menos 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.

2.1.2.10. Anemia aplásica

Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- a. Transfusión de productos de sangre.
- b. Estimulantes de la médula ósea.

- c. Agentes inmunosupresores.
- d. Trasplante de médula ósea.

2.1.2.11. Traumatismo mayor de cabeza

Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los tests neuroradiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro).

El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

2.1.2.12. Enfermedad de Alzheimer

Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

2.1.2.13. Enfermedad de Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas), confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Actividades de la vida diaria: para efectos de este amparo se consideran como actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceros. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

2.1.3. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS

En caso de presentarse la muerte del Asegurado por un evento cubierto por las condiciones generales de esta póliza, SURAMERICANA entregará a los Beneficiarios el valor asegurado definido para este amparo.

2.1.4. BONO CANASTA

En caso de presentarse la muerte o la invalidez del Asegurado por un evento cubierto por la póliza, SURAMERICANA entregará a él o, a falta de este, a sus Beneficiarios, el valor asegurado definido para este amparo.

2.2. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES

2.2.1. MUERTE ACCIDENTAL

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado falleciere como consecuencia de las lesiones sufridas en dicho evento, SURAMERICANA pagará a los Beneficiarios, la suma asegurada por este amparo a la fecha del accidente.

2.2.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN ACCIDENTAL

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado padeciere como consecuencia de dicho evento alguna de las pérdidas o inutilizaciones descritas a continuación, SURAMERICANA le pagará, de la suma asegurada alcanzada por este amparo a la fecha del accidente, los porcentajes indicados a continuación siempre y cuando sobreviva a la fecha del accidente al menos durante treinta (30) días comunes:

- a. Por toda lesión diferente a las enumeradas en los literales b. a j. de la presente cláusula, que le impida al Asegurado desempeñar total y permanentemente su propia ocupación u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia.....100%
- La invalidez en cualquiera de sus manifestaciones deberá ser certificada por la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L), por la Entidad Promotora de Salud (E.P.S) o por la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P) a la cual se encuentre afiliado el Asegurado. En caso de no estar afiliado a ninguna de las anteriores entidades la certificación deberá ser expedida por médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional), con base en el Manual Único para Invalidez Vigente al momento de la calificación, donde el porcentaje de incapacidad laboral del asegurado deberá ser mayor o igual al 50%. En caso de discrepancia entre el dictamen del médico o entidad que certifican la invalidez y SURAMERICANA, se tendrá como prueba definitiva el dictamen de la Junta Regional de Invalidez.
- b. Por la pérdida total e irremediable de la visión por ambos ojos100%
- c. Por la pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie.....100%
- d. Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.....100%
- e. Por la pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos.....100%
- f. Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie60%
- g. Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo.... 60%
- h. Por la pérdida o inutilización total y permanente del dedo pulgar de una de las manos.....20%
- i. Por la pérdida o inutilización total y permanente de cada uno de los restantes dedos de las manos10%
- j. Por la pérdida o inutilización total y permanente de cada uno de los dedos de los pies10%

Para efecto de esta cláusula "pérdida" significa, con respecto a:

- a. La mano: amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o parte proximal de ella.
- b. El pie: amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o parte proximal de él.
- c. Los dedos de las manos: amputación quirúrgica o traumática por la coyuntura metacarpofalangiana o parte proximal de ella.
- d. Los dedos de los pies: amputación quirúrgica o traumática por la coyuntura metatarsofalangiana o parte proximal de ella.

Inutilización" significa: pérdida total y permanente de la funcionalidad.

Adicional a lo contemplado en el numeral 12 de la sección II, Los amparos de muerte accidental y de invalidez, desmembración o inutilización accidental, terminan en los siguientes casos:

Para cada asegurado por el pago de las indemnizaciones contempladas en los literales a, b, c, d, e, f y g de la presente cláusula. De igual manera, cuando el porcentaje afectado en los literales h, i y j sea igual o superior al 50%.

Restablecimiento Automático de Valores Asegurados: En los casos de las indemnizaciones originadas en los literales h, i y j, si el porcentaje afectado no es igual o superior al 50%, los valores asegurados se restablecerán automáticamente en la cuantía de la indemnización, con el fin de atender un nuevo reclamo, sin cobro de prima por el valor restablecido.

2.3. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES DE RENTA

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

Hospitalización: es la permanencia en una institución Hospitalaria para recibir Tratamiento Médico o Quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

Hospital o clínica: es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.

Enfermedad: es la alteración de la salud, según diagnóstico médico.

Accidente: Se entiende por accidente para efecto de este contrato, el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

Cirugía ambulatoria: Es todo tratamiento quirúrgico realizado en el quirófano de un Hospital o Clínica, que no requiera hospitalización.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

PAS: Planes Adicionales de Salud, tales como Medicina Prepagada, Pólizas de Salud o Planes Complementarios de Salud.

Evento: comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los Asegurados, debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí.

Plan cerrado: La hospitalización o la cirugía ambulatoria y la incapacidad post hospitalaria o post quirúrgica deben ser autorizadas o validadas por el médico adscrito a la EPS a la cual se encuentra afiliado el asegurado.

Plan abierto: La hospitalización o la cirugía ambulatoria y la incapacidad post hospitalaria o post quirúrgica deben ser autorizadas o validadas por el médico tratante.

2.3.1. RENTA DIARIA

Si como consecuencia de una enfermedad o accidente, el asegurado tiene que ser hospitalizado para un tratamiento médico o quirúrgico o le es practicada una cirugía ambulatoria o es incapacitado post-hospitalaria o post-quirúrgicamente, se le reconocerá la suma diaria indicada para cada uno de los siguientes eventos:

2.3.1.1. Hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico hospitalario: se reconocerá la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza, por cada día que el Asegurado permanezca hospitalizado, sin exceder ciento ochenta (180) días por evento.

2.3.1.2. Cobertura por Cirugía ambulatoria: cuando al Asegurado se le practique una cirugía ambulatoria, se le reconocerá por una vez la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza.

2.3.1.3. Incapacidad posterior a una hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico o cirugía ambulatoria: si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica, o de la cirugía ambulatoria, el Asegurado continúa incapacitado, se le reconocerá el 50% de la suma diaria asegurada por cada día de incapacidad que le sea concedida por la EPS o validada por esta cuando sea otorgado dentro de un PAS., sin sobrepasar un máximo de seis (6) días por evento.

2.3.1.4. Hospitalización por complicaciones del embarazo o parto: tendrán derecho las mujeres que hayan estado aseguradas bajo este amparo por un período mínimo y continuo de doscientos setenta (270) días inmediatamente anteriores a la terminación del embarazo o parto.

Se reconocerá la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza, por cada día que la asegurada permanezca hospitalizada, con un máximo de dos (2) días por evento y por vigencia anual de la póliza.

Parágrafo: Para esta cobertura no se concede la incapacidad posterior a una hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico o cirugía ambulatoria, descrita en el numeral 2.3.1.3.

2.3.2. RENTA DIARIA ADICIONAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se reconocerá la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza, por cada día que el Asegurado permanezca en unidad de cuidados intensivos, con un máximo de diez (10) días por vigencia anual de la póliza.

2.3.3. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Para obtener el derecho a las coberturas de los numerales 2.3.1. y 2.3.2, son indispensables los siguientes requisitos:

- Para el plan cerrado: Que la hospitalización o la cirugía y la incapacidad Post-hospitalaria o Post-quirúrgica sean autorizadas o validadas por médico adscrito a la EPS en la cual se encuentra afiliado el Asegurado.
- Que los costos del tratamiento hospitalario o la cirugía, sean asumidos por la EPS o PAS.
- Que la hospitalización o la cirugía ambulatoria, ocurra estando vigente la póliza.

3. SUJETOS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO

3.1. TOMADOR

Persona natural o jurídica que contrata la presente póliza para asegurar un número determinado de personas; siempre y cuando la relación existente entre estas y aquel, no se origine únicamente en la voluntad de tomar el seguro.

3.2. ASEGURADOS

Son las personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con EL TOMADOR relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar este seguro.

3.3. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios serán libremente designados por el asegurado. El asegurado podrá cambiar el beneficiario en cualquier momento; solo requerirá notificar oportunamente por escrito a SURAMERICANA.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando no sea revocado o renovado.

5. EDADES

AMPARO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO O AUMENTO DE VALOR ASEGURADO O CRECIMIENTO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
PARA EL AMPARO BÁSICO		
Vida	70 Años	80 Años
Invalidez, Desmembración o Inutilización Por Accidente o Enfermedad	69 Años	70 Años
PARA AMPAROS ADICIONALES DE VIDA		
Indemnización Adicional Por Muerte Accidental	69 Años	70 Años
Enfermedades Graves	60 Años	65 Años
Bono para Gastos Funerarios	70 Años	80 Años
Bono Canasta	70 Años	Por tratarse de un amparo adicional ligado a la cobertura de Vida y/o Invalidez, la edad máxima de permanencia del Bono Canasta está sujeta a la misma edad del amparo que se contrata, ya sea Vida o Invalidez.
PARA AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES		
Muerte Accidental	69 Años	70 Años
Invalidez, Desmembración o Inutilización Accidental	69 Años	70 Años
PARA AMPAROS ADICIONALES DE RENTA		
Renta Diaria	60 Años	65 Años
Renta Diaria Adicional en Unidad de Cuidados Intensivos	60 Años	65 Años

Se respetará la cobertura hasta la fecha de finalización de la vigencia del seguro en la cual se alcance la edad de permanencia

6. VALORES ASEGURADOS

6.1. Crecimiento

En el caso que se pacte un crecimiento en el valor asegurado, este se incrementará diariamente a partir de la fecha de aceptación teniendo como base el valor asegurado inicial o el alcanzado al momento de estipular el crecimiento. Los amparos adicionales también se incrementarán en el mismo porcentaje que se haya pactado para el amparo básico.

En caso de siniestro, el valor asegurado en dicho momento corresponderá a la suma asegurada alcanzada a la fecha de ocurrencia del evento.

En caso de que haya una indemnización por invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, o por enfermedades graves, el crecimiento estipulado se suspenderá y no habrá lugar a incrementos adicionales en los valores asegurados de estas coberturas.

6.2. Modificaciones

En el evento de solicitar aumentos del valor asegurado, el Asegurado deberá presentar requisitos de asegurabilidad. Las disminuciones que se soliciten, se efectuarán con base en el valor asegurado al inicio de la anualidad respectiva.

7. PRIMAS

7.1. Cálculo

La prima para cada anualidad será calculada con base en la suma asegurada alcanzada al final de cada año de vigencia, la tarifa pertinente teniendo en cuenta la edad de cada Asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual y su ocupación.

7.2. Pago

El Tomador está obligado a realizar el pago de la prima dentro del mes siguiente a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o de cualquiera de sus anexos. Si durante dicho plazo ocurriese algún siniestro, SURAMERICANA deducirá del pago de la indemnización correspondiente, las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

7.3. Pago Fraccionado

Las primas son anuales pero pueden ser pagadas en forma semestral, trimestral o mensual, mediante la aplicación de un recargo financiero.

8. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de vencimiento de cada vigencia no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, sin perjuicio de lo estipulado en la condición 7.2., de la sección II.

9. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Durante la vigencia de la póliza, el Tomador o Asegurado podrá revocar el contrato o cualquiera de sus amparos de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio.

Así mismo, durante la vigencia de la póliza SURAMERICANA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo de vida, mediante aviso escrito al Asegurado con diez (10) días hábiles de anticipación, en cuyo caso SURAMERICANA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

La revocación no exime al Tomador de pagar todas las primas que a la fecha de la revocación adeude a SURAMERICANA con motivo de la presente póliza.

Parágrafo: El hecho de que SURAMERICANA haya recibido una o más primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los beneficios ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

10. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los Asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por SURAMERICANA. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SURAMERICANA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador o los Asegurados individualmente considerados han encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del Tomador o de los Asegurados individualmente considerados, el contrato no será nulo, pero SURAMERICANA solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el presente contrato, representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto en lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

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

11. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA 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 por fuera de los límites autorizados por la tarifa de SURAMERICANA, de acuerdo con lo estipulado en las edades para cada uno de los amparos, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si la edad verdadera es mayor que la declaración, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por SURAMERICANA.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

12. CAUSALES DE TERMINACIÓN

La terminación de este seguro no perjudicará las reclamaciones originadas antes de que ella ocurra. Si después de la terminación de este seguro, SURAMERICANA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de SURAMERICANA se limitará a la devolución de dichas primas.

El amparo individual de cualquiera de los Asegurados por la presente póliza, termina por las siguientes causas:

- 12.1. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, de acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio. Igualmente, la mora en el pago de la prima correspondiente al certificado individual de seguro generará la terminación de este.
- 12.2. En el evento en que el asegurado haya ejercido la convertibilidad, hasta el día en que esta se haga efectiva con la expedición de la nueva póliza individual.
- 12.3. Cuando el Tomador solicite por escrito la exclusión del Asegurado.
- 12.4. Cuando el Asegurado solicite por escrito su exclusión.
- 12.5. A la terminación de la vigencia si esta no se renueva o a la revocación de este contrato.
- 12.6. Al cumplimiento de la edad estipulada para cada uno de los amparos contemplados por esta póliza. Según se establece en el numeral 5, Sección II.

- 12.7. En el momento en que al Asegurado se le indemnice por el amparo de vida.
- 12.8. En el momento en que al Asegurado se le indemnice el 100% de la suma asegurada por el amparo de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad.
- 12.9. En el momento en que el grupo Asegurado sea disuelto. En tal caso, las personas que deseen continuar aseguradas pueden hacer uso de la cláusula de convertibilidad estipulada en el numeral 15. Se entenderá disuelto el grupo Asegurado cuando quede integrado con menos de 10 Asegurados durante la vigencia de la póliza.

13. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador o Asegurado, deberán dar aviso a SURAMERICANA de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer de esta.

14. PRUEBA DEL SINIESTRO Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

SURAMERICANA efectuará el pago de la indemnización a que está obligada por la póliza y sus amparos, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o los Beneficiarios acrediten, aun extrajudicialmente, la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

En el trámite de la reclamación, cuando lo estime conveniente, SURAMERICANA, directamente o por medio de un médico nombrado por ella, asumiendo los costos, tendrá derecho a exigir examen médico y confirmación del diagnóstico; así como solicitar los documentos que considere necesarios.

Para acreditar el derecho a la indemnización el Asegurado o los Beneficiarios presentarán a SURAMERICANA la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, acompañada de los siguientes documentos:

PARA EL AMPARO BÁSICO

14.1. Por Muerte

- Formulario de reclamación.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Beneficiario mayor de edad, o fotocopia del registro civil de nacimiento del Beneficiario menor de edad.
- Historia Clínica completa e informe y certificado del médico tratante del Asegurado.
- Cuando sea el caso de pago a los beneficiarios de ley, la prueba de esta calidad.

14.2. Por Invalidez, Desmembración o Inutilización por Accidente o Enfermedad

- Formulario de reclamación.
- Historia clínica completa.
- Informe y certificado del médico legalmente habilitado para calificar la invalidez o acreditar la desmembración o inutilización.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado

PARA AMPAROS ADICIONALES DE VIDA

14.3. Por Indemnización Adicional por Muerte Accidental

Se observarán los mismos requisitos exigidos por muerte, además de los siguientes:

- Acta de levantamiento del cadáver o certificado de necropsia o informe medicina legal.

14.4. Por Enfermedades Graves

Historia clínica completa e informe y certificado del médico tratante del Asegurado y adicionalmente se exigirán los siguientes documentos según el caso:

14.4.1. Por infarto del miocardio

- Electrocardiogramas (lectura y trazado) durante la hospitalización.
- Resultado de la medición de enzimas cardíacas y troponina.
- Otros exámenes practicados.

14.4.2 Por cirugía arteri coronaria

- Resultado de los exámenes realizados (coronariografía y/o cateterismo).
- Descripción quirúrgica del procedimiento.
- Historia clínica del médico especialista que efectuó la cirugía.

14.4.3 Por cáncer

- Resultado de anatomía patológica.

14.4.4 Por enfermedad cerebrovascular o por insuficiencia renal crónica

- Certificado de médico especialista.
- Resultado de exámenes practicados

14.4.5. Por esclerosis múltiple

- Certificado de médico especialista en neurología.
- Resultado de exámenes practicados (pruebas confirmadas)

14.4.6. Por trasplante de órganos vitales

- Descripción quirúrgica del procedimiento.
- Historia clínica del médico especialista que efectuó la cirugía.

14.4.7. Por quemaduras graves (gran quemado)

- Certificado del médico especialista.
- Resultados de la carta de LUND BROWDER o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.
- Otros exámenes practicados.

14.4.8. Por estado de coma

- Historia clínica del médico neurólogo donde se confirme el estado de coma y certificación de la clínica donde se confirme la permanencia continua en la unidad de cuidados intensivos.

14.4.9. Por anemia aplástica

- Certificado del médico especialista.
- Resultados de biopsia de médula ósea.
- Resultado de exámenes practicados.

14.4.10. Por traumatismo mayor de cabeza

- Certificación de un neurólogo sobre el trastorno de la función cerebral.
- Resultado de tests neuroradiológicos como TAC o RNM de cerebro en los que se evidencien hallazgos típicos de esta lesión.
- Certificación médica sobre la incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

14.4.11. Por enfermedad de Alzheimer

- a. Certificación de un neurólogo sobre la Enfermedad de Alzheimer.
- b. Resultado de exámenes neurológicos y cognitivos como TAC, Resonancia Nuclear Magnética o PET de cerebro.
- c. Certificación médica sobre la incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

14.4.12. Por enfermedad de Parkinson

- a. Certificación de un neurólogo sobre la Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática.
- b. Certificación médica sobre la incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

14.5. Bono para Gastos Funerarios

- a. Los mismos requisitos que los exigidos por Muerte..

14.6. Bono Canasta

- a. Los mismos requisitos que los exigidos por muerte o por Invalidez, Desmembración o Inutilización por Accidente o Enfermedad, según el caso.

PARA AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES

14.7. Muerte Accidental

Se observarán los mismos requisitos exigidos por muerte, además de los siguientes:

- a. Acta de levantamiento del cadáver o certificado de necropsia o informe medicina legal.

14.8. Invalidez, Desmembración o Inutilización Accidental

- a. Formulario de reclamación.
- b. Informe médico y certificado del médico legalmente habilitado para calificar la invalidez.
- c. Historia clínica de los médicos o entidades que atendieron al Asegurado.
- d. Calificación de invalidez.
- e. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado

PARA AMPAROS ADICIONALES DE RENTA

El Tomador deberá presentar a SURAMERICANA, la reclamación diligenciada en los formularios suministrados por ésta, adjuntando la certificación donde fue hospitalizado o intervenido quirúrgicamente, donde conste el número de días

de hospitalización o el nombre de la intervención realizada.

Para plan cerrado: Certificación de la EPS

Para plan abierto: Certificación de la IPS

Adicionalmente SURAMERICANA podrá solicitar la Historia Clínica y los certificados Médicos que crea necesarios para el pago de la reclamación.

15. CONVERTIBILIDAD

Siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su retiro, el Asegurado menor de sesenta y cinco (65) años, que haya permanecido en la póliza por lo menos durante un (1) año continuo, tendrá derecho a ser amparado en una de las pólizas de vida individual que SURAMERICANA tenga en el mercado.

El amparo básico de vida de dicha póliza será otorgado sin requisitos de asegurabilidad y en condiciones semejantes a las que tenía en el seguro de vida grupo, en lo referente al valor asegurado, exclusiones, tasa de crecimiento y recargos en la prima; de acuerdo con las tasas del seguro individual correspondientes a la edad alcanzada. Sin embargo, no se otorgarán amparos diferentes de este.

16. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza, se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

17. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la dirección y ciudad indicada en la carátula de la póliza, en la República de Colombia.

18. CONDICIONES NO PREVISTAS

Las condiciones no previstas en el presente clausulado se regirán por la ley colombiana.

19. ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El Tomador, Asegurado y Beneficiario se obligan a actualizar anualmente o al momento de la renovación de la póliza, la información contenida en el formulario de vinculación de clientes y a entregar información veraz y verificable. A su vez, SURAMERICANA tiene la facultad de cancelar el contrato, de conformidad con lo autorizado por el régimen legal propio en caso de desatención a estos deberes.



Este documento es la carátula de tu póliza y contiene la información, coberturas y beneficios particulares del compromiso que SURA adquiere contigo.


TOMADOR (RESPONSABLE DEL PAGO)			
Nombres y apellidos o razón social JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ			CEDULA 75094741
Dirección HOAPITAL	Ciudad MANIZALES		
Correo electrónico JAIMEAMARINM@GMAIL.COM		Teléfono	8782500

ASEGURADO			
Nombres y apellidos JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ			CEDULA 75094741
Fecha de nacimiento 27-JUL-1980	Edad actual 37	Edad inicial 37	Sexo Masculino

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA			
Años de protección del seguro 34 años	Años de pago del seguro 34 Años	Incremento anual de la prima del amparo básico 12%	
Devolución de pagos al final del periodo contratado 0%	Devolución de pagos en caso de fallecimiento 0%	Crecimiento anual del valor asegurado 3%	
Número de póliza 4049242-2	Número de documento 42859060	Oficina 2502 - MANIZALES	Expedidor SAV017
		Producto	VC0

INFORMACIÓN BANCARIA			
Forma de pago MENSUAL	Banco 5007 RECAUDO EN LINEA	Sucursal 0000 PPAL	
Cuenta 7777777777	Tipo cuenta AHORRO	Cuenta habiente JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ	

OPERACIÓN
01 - POLIZA NUEVA

BENEFICIARIOS GRATUITOS	
	rafael marin gomez hijo %40 t melva martinez gallego madre 60%

COBERTURAS CONTRATADAS	VALOR ASEGURADO INICIAL	VALOR ASEGURADO ALCANZADO	% CRECIMIENTO	PRIMA ANUAL	PRIMA MENSUAL
VIDA	\$40.000.000	\$40.000.000	3	\$282.566	\$23.547
CÁNCER	\$40.000.000	\$40.000.000	3,00	\$14.000	\$1.274
ENFERMEDADES GRAVES	\$40.000.000	\$40.000.000	3,00	\$119.000	\$10.829
MUERTE ACCIDENTAL	\$100.000.000	\$100.000.000	3,00	\$84.000	\$7.644
INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE	\$100.000.000	\$100.000.000	3,00	\$46.000	\$4.186
INVALIDEZ, PÉRDIDA FUNCIONAL Y DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD	\$40.000.000	\$40.000.000	3,00	\$127.000	\$11.557
GASTOS DE CURACION	\$0	\$0	0,00	\$0	\$0
RENTA DIARIA POR ACCIDENTE	\$50.000	\$50.000	3,00	\$169.000	\$15.379
AUXILIO DE EXEQUIAS	\$0	\$0	0,00	\$0	\$0
ACCIDENTES PERSONALES COMPLEMENTARIO	\$10.000.000	\$10.000.000	3,00	\$119.000	\$10.829

FONDO DE AHORRO		
PROPORCIÓN DE LA PRIMA DE AHORRO	PRIMA FIJA DE AHORRO MENSUAL	CRECIMIENTO PRIMA FIJA AHORRO
0,00 Veces la prima de vida	\$ 0	0,00%

VALOR DEL SEGURO				
VALOR PRIMA PROTECCIÓN ANUAL	VALOR PRIMA AHORRO ANUAL	VALOR IVA	TOTAL A PAGAR ANUAL	TOTAL A PAGAR MENSUAL
\$960.566	\$0	\$0	\$960.566	\$85.245

VIGENCIA DEL SEGURO					
VIGENCIA DEL SEGURO		FECHA DE EXPEDICIÓN DEL SEGURO	CIUDAD DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE DOCUMENTO	INICIO VIGENCIA DE ESTE DOCUMENTO
Desde	Hasta	30-ABR-2018	MANIZALES	30-ABR-2018	30-ABR-2018
30-ABR-2018	30-ABR-2019				

DATOS DEL ASESOR

Código	Nombres del Asesor	% Participación
12689	LIDA PATRICIA GONZALEZ BURITICA	50
11490	ALBERTO ARISTIZABAL LOPEZ	50

OBSERVACIONES

SE APRUEBA ESTANDAR

CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TU SEGURO

Cobertura Contratada	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación proforma
Vida	15-FEB-16	14 - 11	P	37	F-02-81-580
Cáncer	15-FEB-16	14 - 11	A	37	F-02-81-579
Enfermedades graves	15-APR-18	14 - 11	A	37	F-02-81-615
Muerte accidental	15-APR-18	14 - 11	A	37	F-02-81-614
Invalidez, pérdida funcional y desmembración por accidente	15-APR-18	14 - 11	A	37	F-02-81-614
Invalidez, pérdida funcional y desmembración por enfermedad	15-APR-18	14 - 11	A	37	F-02-81-614
Renta diaria por accidente	15-APR-18	14 - 11	A	37	F-02-81-614
Accidentes personales complementario	15-FEB-16	14 - 11	A	37	F-02-81-582

INFORMACIÓN ADICIONAL

Las condiciones generales de la póliza, incluyendo el detalle del compromiso que SURA adquirió contigo las encontrarás en el clausulado adjunto a la carátula.

Ten en cuenta que este seguro se terminará:



- Por no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha límite de pago, de acuerdo con el art. 1152 del código de comercio.
- Al cumplimiento de la edad máxima de permanencia estipulada para cada una de las coberturas.
- Cuando SURA pague la cobertura de vida. Para los demás amparos como se detalla en las condiciones generales que aplican para cada uno de ellos.
- Cuando lo decidas mediante una comunicación escrita.

El que sigas pagando primas después de que el seguro termine por cualquiera de estas causas no lo reactiva automáticamente y en estos casos la obligación de SURA se limita a devolverte el dinero entregado fuera del tiempo establecido.

Somos grandes contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre el IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 art. 17. Somos Autorretenedores resolución n° 009965 Septiembre 2010)

El tomador, asegurado o beneficiario, se obligan a actualizar anualmente o al momento de la renovación de la póliza, la información contenida en el formulario de vinculación de clientes y sus anexos y a entregar información veraz y verificable. A su vez la compañía tiene la facultad de cancelar el contrato, de conformidad con lo autorizado por el régimen legal propio de cada contrato, en caso de desatención a estos deberes.

Firma Autorizada



ASEGÚRATE DE CONOCER TU SEGURO

Plan Vida Personal

sura 

sura 

LÍNEA DE ATENCIÓN 01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín 437 8888

Para más información visita: www.sura.com

Descarga la app:

SEGUROS SURA  disponible en:  

Síguenos en:      **BLOG**
sura.com/blogs



SEGURO DE VIDA
PLAN VIDA PERSONAL

SEGUROS DE VIDA
SURAMERICANA S.A



CAMPO	Descripción del formato	Clausulado	Nota Técnica
1	Fecha a partir de la cual se utiliza	15/02/2016	15/05/2011
2	Tipo y número de la entidad	14-11	14-11
3	Tipo de documento	P	NT-P
4	Ramo al cual pertenece	37	37
5	Identificación interna de la proforma	F-02-81-580	N-02-81-0024

PLAN VIDA PERSONAL



En este documento encontrarás todas las coberturas, derechos y obligaciones que tienes como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió contigo por haber contratado tu Plan Vida Personal.

○ **Sección 1 - Coberturas**

1. Cobertura de vida
2. Cobertura de exoneración de pago de primas por invalidez
3. Cobertura de tratamiento hospitalario para el recién nacido

○ **Sección 2 - Exclusiones**

○ **Sección 3 - Beneficios opcionales**

1. Fondo de ahorro
2. Participación de utilidades

○ **Sección 4 - Otras condiciones**

1. Inicio de vigencia y de coberturas
2. Vigencia (duración) y renovación
3. Conversión
4. Valor asegurado
5. Primas
6. Edad de ingreso y permanencia
7. Valor de cesión o rescate
8. Proceso de reclamación

SECCIÓN **1**

COBERTURAS

1. COBERTURA DE VIDA

En caso de que mueras SURA pagará a tus beneficiarios el valor asegurado.

2. COBERTURA DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ

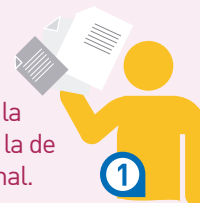
En caso de que quedes inválido podrás elegir no seguir pagando las primas de la cobertura de vida.

¿Qué debes **tener en cuenta** para acceder a esta cobertura?

- Se entiende por invalidez, la pérdida de forma permanente del 50% o más de tu capacidad laboral.
- Al momento de la estructuración de la invalidez debes ser menor de 61 años.
- Si tomas este beneficio los anexos del seguro se cancelarán automáticamente, al igual que el fondo de ahorro, en este caso se te devolverá el valor ahorrado a la fecha de exoneración con los rendimientos alcanzados.

Debes tener en cuenta lo siguiente con respecto a la pérdida de capacidad laboral:

- La pérdida de capacidad laboral se deberá calcular de acuerdo con lo establecido en el manual único de calificación de invalidez, incluso si tienes un régimen especial de seguridad social.
- La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración (esta es la fecha del siniestro).
- Cuando presentes una reclamación podrás aportar los conceptos o calificaciones que hayan emitido las entidades habilitadas como las EPS, AFP, ARL y juntas de calificación de invalidez, pero en caso de discrepancia la calificación definitiva para este seguro será la que solicite SURA a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, o la de la Junta Nacional si tú o SURA apelan la decisión de la Junta Regional.



A partir del momento en que quedes exonerado **del pago de primas:**

- a) Se detendrá el crecimiento del valor asegurado.
- b) Y si el seguro se convierte de acuerdo con lo establecido en la cláusula 3 de la Sección 4, también te encontrarás exonerado de pagar las primas del nuevo seguro.

! No tendrás que pagar las primas en la medida en que se mantenga tu estado de invalidez. Con el fin de verificar esta circunstancia, SURA te podrá revisar cuando lo considere necesario.

3. COBERTURA DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA EL RECIÉN NACIDO

Si tu hijo recién nacido requiere tratamiento hospitalario durante los primeros 15 días de vida como consecuencia de un accidente o de una enfermedad, SURA cubrirá, hasta el valor asegurado, todos los gastos de dicho tratamiento, siempre y cuando no hayan sido asumidos por otro seguro.

Valor asegurado en vida	Valor asegurado tratamiento hospitalario para el recién nacido
Entre 138 y 277 SMMLV*	Hasta 10 SMMLV
Mayor de 277 y hasta 416 SMMLV	Hasta 15 SMMLV
Mayor de 416 SMMLV	Hasta 20 SMMLV

* SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente equivalente en pesos a la fecha de nacimiento.

Esta cobertura está condicionada a que tu hijo permanezca en una institución hospitalaria por un periodo superior a **24 horas para el tratamiento médico o quirúrgico** y a que el inicio del embarazo haya sido dentro de la vigencia de este seguro.

2

SECCIÓN 2



EXCLUSIONES

SURA no pagará las indemnizaciones establecidas en las coberturas si la muerte es consecuencia de que **te suicides, estando o no en sano juicio, dentro del primer año de vigencia del seguro.**

SURA tampoco pagará los aumentos del valor asegurado o de su tasa de crecimiento que se realicen dentro de los 12 meses anteriores a la muerte por esta causa.



3

BENEFICIOS OPCIONALES

1. FONDO DE AHORRO.

Además de las primas que debes pagar por las coberturas ofrecidas en este seguro (primas de protección), podrás pagar unas primas adicionales (primas de ahorro) para constituir un fondo de ahorro que te protegerá en caso de que no pagues las primas de protección. El capital del fondo de ahorro hace parte del valor de cesión o rescate y podrá ser utilizado de acuerdo con lo indicado en la Sección 4, cláusula 7: Valor de cesión o rescate

El portafolio de inversión al que se destinarán las primas del fondo de ahorro será el que elijas.

En caso de que el seguro termine por muerte, SURA pagará a tus beneficiarios el capital acumulado en el fondo de ahorro; si el seguro termina por cualquier otra causa, SURA te lo pagará a ti.

2. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Si tu seguro fue expedido con una temporalidad igual o superior a diez años, tendrás derecho a participar en las utilidades establecidas para este tipo de seguro, las cuales serán liquidadas anualmente siguiendo los procedimientos aprobados en el artículo 201 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La participación de utilidades se acumulará en el fondo de ahorro.

OTRAS CONDICIONES



1. INICIO DE VIGENCIA Y DE COBERTURAS

La vigencia de este seguro comienza a partir de la hora 24:00 del día que aparece en la carátula como día de expedición de la póliza.

2. VIGENCIA (DURACIÓN) Y RENOVACIÓN

Una vez termine la temporalidad elegida para el seguro, salvo que manifiestes lo contrario, se te expedirá un nuevo seguro por una temporalidad igual. La última temporalidad de tu seguro podrá ser menor porque la edad límite para estar asegurado es 80 años. La prima de este nuevo seguro será la correspondiente a la tarifa que tenga establecida SURA para la edad que tengas al momento de su expedición.

Después de elegida no puedes modificar la temporalidad de tu seguro.

3. CONVERSIÓN

Al finalizar la vigencia en que cumplas 80 años de edad este seguro se convertirá en un seguro de vida entera que tendrá el mismo valor asegurado.

La prima de este nuevo seguro será la correspondiente a la tarifa que tenga establecida SURA al momento de la conversión para tu edad. Si el seguro anterior tenía extraprimas el nuevo también las tendrá.



4. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado es el señalado en la carátula para la cobertura de vida y **aumentará en cada renovación en el porcentaje indicado en ella.**

Puedes solicitar disminuciones o aumentos del valor asegurado y de su porcentaje de crecimiento. En caso de solicitar aumentos, **deberás diligenciar los formularios, practicarle las pruebas que SURA te solicite y pagar el valor de ajuste de la reserva matemática.**

Las modificaciones solo producirán efecto a partir de las 24 horas del día en que SURA expida el anexo de aprobación correspondiente. **El aumento del valor asegurado solo se podrá hacer mientras el seguro se encuentre en el periodo de pago de primas de protección.**

5. PRIMAS



La prima es el precio del seguro y está conformada por primas de protección y primas de ahorro.

5.1 PRIMAS DE PROTECCIÓN

Las primas de protección son las que debes pagar por las coberturas de este seguro. **Son anuales y su valor será constante (prima nivelada) o se incrementará anualmente en un 12% sobre la prima inicial (prima creciente) según la opción que elijas.**

6

5.2 PRIMAS DE AHORRO

Las primas de ahorro son un pago adicional voluntario destinado a constituir un fondo de rescate o de ahorro que te protegerá en caso de que no pagues las primas de protección.



El valor lo eliges tú y **podrás modificarlo mediante solicitud escrita.**

5.3 PAGO

La prima la deberás pagar dentro del mes siguiente al inicio de vigencia de tu seguro y la deberás seguir pagando de acuerdo con la forma de pago acordada y durante el periodo de pago de primas pactado. **En ningún caso podrás ampliar el periodo de pago de primas, pero si lo solicitas podrás disminuirlo.**

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, **producirá la terminación de tu seguro.**



6. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
Vida	14 años	70 años	80 años

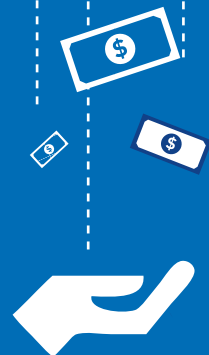
Cuando cumplas la edad máxima de permanencia continuarás asegurado hasta que termine la vigencia en curso del seguro.

7

7. VALOR DE CESIÓN O RESCATE

Este seguro cuenta con un valor de cesión o rescate compuesto por el fondo de ahorro más la reserva matemática, calculada de acuerdo con la nota técnica de este seguro y las primas pagadas.

En caso de que canceles el seguro SURA te entregará el valor de cesión o rescate, restándole los valores que debas por cualquier concepto. Así mismo podrás utilizarlo para alguna de las siguientes opciones:



A) EL PAGO DE LAS PRIMAS EN MORA

Si no pagas la prima de protección dentro del plazo establecido, SURA la pagará haciendo uso, primero del saldo disponible en el portafolio en pesos del fondo de ahorro y segundo del portafolio en dólares.



En caso de no tener dinero en el fondo de ahorro o de que no alcance para cubrir la prima completa de un periodo de pago de primas del seguro con sus anexos, este se convertirá en un seguro prorrogado, **el cual se pagará con el valor disponible en la reserva matemática y durará el tiempo definido en las condiciones técnicas del nuevo seguro.** Los anexos se cancelarán automáticamente a la fecha de la conversión.

8

➤ Si no deseas que el valor de cesión o rescate sea utilizado para este fin, **deberás informarlo previamente por escrito a SURA y en tal caso, si hay mora en el pago de la prima, el seguro terminará.**



B) EL PAGO DE UN SEGURO SALDADO



Con el valor de cesión o rescate podrás pagar la conversión de este seguro a un seguro saldado de vida entera en pesos, su valor asegurado será calculado según las condiciones técnicas del nuevo seguro y no excederá el valor asegurado alcanzado por el seguro original en la fecha de la conversión.

C) EL PAGO DE UN SEGURO PRORROGADO

Con el valor de cesión o rescate podrás pagar la conversión de este seguro a un seguro prorrogado en pesos que durará el tiempo que se determine con base en las condiciones técnicas del nuevo seguro. **En este caso, el nuevo valor asegurado será igual al alcanzado por el seguro en la fecha de la conversión.**



Si al hacer uso de una de las opciones anteriores (seguro saldado o seguro prorrogado), queda algún saldo de valor de cesión o rescate, **tendrás la opción de dejarlo en el fondo de ahorro mientras el nuevo seguro continúe vigente.**

D) RETIRO

En cualquier momento podrás retirar la parte del valor de cesión o rescate correspondiente al fondo de ahorro.


9

8. PROCESO DE RECLAMACIÓN

En caso de un siniestro cubierto por este seguro, tú o tus beneficiarios deberán solicitarle a SURA el pago de las indemnizaciones a las que tengan derecho, acreditando su ocurrencia.

Para realizar el proceso de reclamación, tú o tus beneficiarios deberán informar a SURA por medio de alguna de las siguientes opciones:

- a) Ingresa a www.sura.com con tu usuario y contraseña: luego ingresa al link reclamaciones de vida y completa el formulario

 Si aún no estás registrado debes dar clic en “**regístrate aquí**” y seguir las instrucciones para recibir el usuario y la contraseña.
Si estás registrado y no recuerdas tu contraseña, haz clic en “**Recordar contraseña**”



- b) Contacta a tu asesor

- c) Reporta el siniestro desde tu celular llamando al #888 o a la Línea de Atención al Cliente 01 800 051 8888 a nivel nacional o en Bogotá, Cali y Medellín al 437 8888.



Ten en cuenta que si una cobertura termina porque ocurrió un siniestro SURA descontará de la indemnización la parte de la prima que tengas pendiente por pagar por el resto de la vigencia.

Tú o tus beneficiarios contarán con dos años para reclamarle a SURA el pago de una indemnización, contados a partir del momento en que conocen o deben tener conocimiento de la ocurrencia de uno de los eventos cubiertos. En cualquier caso, la reclamación no podrá presentarse después de pasados cinco años contados a partir del momento en que ocurrió el siniestro.

2 años



Cuando reclames deberás presentar algunos documentos para demostrar el siniestro, durante el proceso SURA directamente o por medio de un médico que nombre, podrá hacer exámenes médicos para confirmar los diagnósticos que hayan dado lugar a la reclamación, así como solicitar los documentos que considere necesarios.

SURA pagará las indemnizaciones dentro del mes siguiente a la fecha en que acrediten la ocurrencia del siniestro.



LÍNEA DE ATENCIÓN 01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín 437 8888
www.sura.com

Descarga la app SEGUROS SURA



BLOG sura.com/blogs



@segurosura



/segurosura

**ASEGÚRATE
DE CONOCER
TU SEGURO**

*
Anexo Cáncer



SEGURO DE VIDA
ANEXO CÁNCER

SEGUROS DE VIDA
SURAMERICANA S.A.



CAMPO	Descripción del formato	Clausulado	Nota Técnica
1	Fecha a partir de la cual se utiliza	15/02/2016	15/05/2011
2	Tipo y número de la entidad	14 -11	14 - 11
3	Tipo de documento	A	NT - A
4	Ramo al cual pertenece	37	37
5	Identificación interna de la proforma	F - 02 - 81 - 579	N - 02 - 081 - 0023

Anexo Cáncer



En este documento encontrarás todas las coberturas, derechos y obligaciones que tienes como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió contigo por haber contratado el **anexo de cáncer** en tu Seguro de Vida Individual.

CONTENIDO - Anexo Cáncer

- **Sección 1 – Cobertura**
- **Sección 2 – Exclusiones**
- **Sección 3 – Otras condiciones**

1. Valor asegurado alcanzado
2. Crecimiento del valor asegurado
3. Modificaciones
4. Renovación
5. Prima
6. Pago de la indemnización
7. Edad de ingreso y permanencia
8. Terminación
9. Proceso de reclamación



SECCIÓN 1



COBERTURA

Si te diagnostican melanoma maligno, que es un tipo de cáncer de piel; cáncer primario del aparato reproductor masculino o femenino, o cáncer primario de mama en mujeres, **SURA te pagará el valor asegurado alcanzado por este anexo.**



Esta cobertura está sujeta a:

- a) Que el primer diagnóstico haya sido después del día **90 de permanencia continua** en este anexo.
- b) Que sobrevivas **30 días después de la fecha del diagnóstico.**
- c) Se pagará el 100% del valor asegurado por el primer diagnóstico, si se diagnostica más de uno de los cáncer cubiertos por este seguro, **sólo se pagará una vez.**

Cáncer es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y esparcimiento de células malignas y la invasión de tejido.

SECCIÓN 2



EXCLUSIONES

SURA no pagará la indemnización acordada cuando los eventos cubiertos sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) Enfermedades diagnosticadas **antes de la expedición de este anexo**, conocidas previamente por el asegurado y no manifestadas antes de la expedición.
- b) Lesiones premalignas, cáncer de próstata etapa T1A o T1B o T1C de la clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis) con clasificación de Gleason inferior a cinco, cáncer insitu no invasivo (incluido el melanoma maligno en estadio insitu), tumores malignos de piel (excepto Melanoma Maligno Invasivo).
- c) **Cualquier tumor maligno en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana** ya sea tipo 1 o tipo 2.



1. VALOR ASEGURADO ALCANZADO

Es el valor asegurado inicial de este anexo o de cada una de las renovaciones, más los incrementos consolidados a la fecha del diagnóstico.

2. CRECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

2.1 Crecimiento para anexos al Plan Vida Personal y Disfruta en Vida

Para este producto el crecimiento del valor asegurado es anual y será igual al porcentaje de crecimiento que seleccionaste para tu seguro de vida.

2.2 Crecimiento para anexos a los demás productos

La suma asegurada crecerá diariamente hasta alcanzar al final de la vigencia anual un crecimiento igual al IPC de los últimos doce meses publicado por el DANE el mes anterior a la fecha de expedición, inclusión o renovación de este anexo. **Este incremento no superará el 10% así el IPC sea mayor.**

En caso de que no quieras que el valor asegurado crezca podrás informarlo.

3. MODIFICACIONES

Podrás solicitar disminuciones o aumentos del valor asegurado, en caso de solicitar aumentos deberás presentar pruebas de asegurabilidad. Tales modificaciones sólo producirán efecto a partir de la fecha en que SURA expida el nuevo anexo.



4. RENOVACION

Este anexo se renovará automáticamente por períodos anuales con el valor asegurado alcanzado según el crecimiento aplicado.

5. PRIMA

Es el precio del seguro y varía cada año según tu edad y el valor asegurado alcanzado.



6. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización de este anexo será el valor asegurado alcanzado a la fecha del diagnóstico; esta corresponde a la fecha en que tu médico tratante, mediante ayudas diagnósticas y exámenes confirman la presencia de alguno de los tipos de cáncer cubiertos por este anexo.



7. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

Edad mínima de ingreso	14 años
Edad máxima de ingreso	65 años
Edad máxima de permanencia	Hasta 70 años



8. TERMINACIÓN

Este anexo termina en los siguientes casos:

- a. Al finalizar la vigencia en la cual cumplas la edad máxima de permanencia en este anexo.
- b. Cuando SURA te pague una indemnización por este anexo.
- c. Por mora en el pago de las primas.
- d. Cuando lo informes por escrito a SURA.

El que sigas pagando primas después de que el seguro termine por cualquiera de estas causas no lo reactiva automáticamente y en estos casos la obligación de SURA se limita a devolverte el dinero entregado fuera del tiempo establecido



9. PROCESO DE RECLAMACIÓN

En caso de un siniestro cubierto por este seguro, tú o tus beneficiarios **deberán solicitarle a SURA el pago de las indemnizaciones a las que tengan derecho**, acreditando su ocurrencia.



Ten en cuenta que si una cobertura termina porque ocurrió un siniestro **SURA descontará de la indemnización la parte de la prima que tengas pendiente por pagar por el resto de la vigencia.**

Tú o tus beneficiarios **contarán con dos años para reclamarle a SURA el pago de una indemnización**, contados a partir del momento en que conoces o deben tener conocimiento de la ocurrencia de uno de los eventos cubiertos. **En cualquier caso, la reclamación no podrá presentarse después de pasados cinco años contados a partir del momento en que ocurrió el siniestro.**



Cuando reclames deberás presentar algunos documentos para demostrar el siniestro, durante el proceso SURA directamente o por medio de un médico que nombre, podrá hacer exámenes médicos para confirmar los diagnósticos que hayan dado lugar a la reclamación, así como solicitar los documentos que considere necesarios.

SURA pagará las indemnizaciones dentro del mes siguiente a la fecha en que acrediten la ocurrencia del siniestro.



Para realizar el proceso de reclamación, tú o tus beneficiarios deberán informar a SURA por medio de alguna de las siguientes opciones:

- a) Ingresa a www.sura.com con tu usuario y contraseña: luego ingresa al link reclamaciones de vida y completa el formulario



Si aún no estás registrado debes dar clic en **“regístrate aquí”** y seguir las instrucciones para recibir el usuario y la contraseña. Si estás registrado y no recuerdas tu contraseña, haz clic en **“Recordar contraseña”**



- b) Contacta a tu asesor
- c) Reporta el siniestro desde tu celular llamando al #888 o a la Línea de Atención al Cliente 01 800 051 8888 a nivel nacional o en Bogotá, Cali y Medellín al 437 8888.

Número solicitud
8387581

- Nueva
 Inclusión
 Unificación
 Rehabilitación
 Modificación
 Conversión

Fecha llegada Cia.	Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento
2018/04/23 08:36 AM	2502		2018/04/23
Fecha inicio de vigencia	Tipo de Duración	Duración de la Vigencia	Fecha Vencimiento Póliza
2018/04/30	D	365	2019/04/30

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Celular
CEDULA	75094741	JAIME	ANDRES	MARIN	MARTINEZ	3206982467

Lugar	Dirección	Teléfono	Ciudad	E-mail	Dir. de Cobro	
Trabajo	HOAPITAL	8782500	4192	MANIZALES (CALDAS)	JAIMEAMARINM@GMAIL.COM	<input checked="" type="radio"/>
Residencia						<input type="radio"/>
Otro						<input type="radio"/>

Leyenda Adicional Tomador

INFORMACIÓN DE ASESORES

Asesores que participan en el seguro, indique los datos del Líder, Razón Social o nombre del Asesor (Nombres y Apellidos)	Código Asesor	Asesor Líder	% Participación
ALBERTO ARISTIZABAL LOPEZ	11490	<input checked="" type="checkbox"/>	50
LIDA PATRICIA GONZALEZ BURITICA	12689	<input type="checkbox"/>	50

INFORMACIÓN DEL SEGURO DATOS DE VIDA

Seguros de Vida

¿ Por cuántos años estará asegurado?

¿ Por cuántos años pagará el seguro?

Valor asegurado inicial(Póliza Nueva)

Alcanzado (Renovación,Modificación)

Crecimiento anual del valor asegurado

Opción de prima Prima nivelada Prima creciente

% Devolución de primas al final del periodo contratado

% Devolución de primas por fallecimiento

En caso de Enfermedad

Capital de respaldo

Invalidez por Enfermedad

Anexo Cancer

Enfermedades graves

Accidentes Personales Complementario

En caso de accidente

Capital de respaldo

Muerte Accidental

Invalidez por Accidente

Gastos de Curación

Renta Diaria

Auxilio de Exequias SI NO

Fondo	Suma fija Según Forma de Pago	%Incremento Anual	Num. Veces Prima Protección	Distribución del portafolio	% Pesos	% Dólares
			0		0	0

COBRO BANCARIO

Medio de pago Caja Suramericana Cobro Bancario Nómina

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Tipo de identificación CEDULA	Número de identificación C75094741	Primer Nombre JAIME	Segundo Nombre ANDRES	Primer Apellido MARIN	Segundo Apellido MARTINEZ
Relación del Tomador y Cuentahabiente	Teléfono Cuentahabiente	Tipo teléfono Cuentahabiente <input type="radio"/> Residencia <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Otro	Código de Ciudad	Ciudad	

Cuenta Débito Ahorros Corriente Tarjeta de crédito

Fecha de Pago AAAA/MM/DD 2018/05/20

Cod Banco 5007	Corporación o Banco RECAUDO EN LINEA	Número de cuenta o tarjeta de crédito 7777777777	Código Empleado / Asesor
Tipo Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Visa <input type="radio"/> American Express <input type="radio"/> Credencial <input type="radio"/> Diners <input type="radio"/> Mastercard		Fecha de Vencimiento Tarjeta de Crédito	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Inclusión (I) Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Nacimiento
<input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> E	CEDULA	75094741	JAIME	ANDRES	MARIN	MARTINEZ	1980/07/27

Sexo	Peso en Kg	Kg Ganados / Perdidos en el último año (+/-)	Estatura en Cms.	Empresa donde trabaja	Ocupación / Cargo / Oficio	Ingresos mensuales por trabajo
M	85.0		174	cardiologos del eje	ENFERMEROS (AS)	3000000

Código del gestor	Nombre del gestor

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (Recuerde informar si los beneficiarios son con derecho a acrecimiento)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo de beneficiario	Parentesco con el asegurado	Porcentaje
GRATUITO		100

Observaciones
rafael marin gomez hijo %40 t melva martinez gallego madre 60%

Declaración de asegurabilidad

Si existiese reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por SURAMERICANA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas

Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado:

<input type="checkbox"/> Valvulopatías	<input type="checkbox"/> Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Colesterol (tratado con medicamentos)
<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (tratados con medicamentos)	<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Tumores malignos
<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C
<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Sordera total o parcial	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Artrosis	<input type="checkbox"/> Pérdida anatómica funcional
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Trasplantes	<input type="checkbox"/> Reemplazos articulares
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticado posterior a los 5 años)			

Consumo: Drogas estimulantes

He estado en tratamiento para: Alcoholismo o Drogadicción ?

SI NO

¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento o control médico o tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentran en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?

tiene para programar un CIRUG?A de hernia umbilical

SI NO

Enfermedad	Nombre del médico tratante	Nombre de la Institución Médica	Fecha primera consulta	Fecha última consulta
hernia umbilical	eps sura			

¿Alguno de los solicitantes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toreo | <input type="checkbox"/> Conduce moto | <input type="checkbox"/> Es piloto de aeronaves y/o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como: |
| <input type="checkbox"/> Boxeo | <input type="checkbox"/> Automovilismo | <input type="checkbox"/> Motociclismo |
| <input type="checkbox"/> Bungee Jumping | <input type="checkbox"/> Montañismo | <input type="checkbox"/> Vuelo en cometa |
| <input type="checkbox"/> Otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos | <input type="checkbox"/> Puenting | <input type="checkbox"/> Planeadores |
| | <input type="checkbox"/> Rafting | <input type="checkbox"/> Cometas y/o similares |
| | | <input type="checkbox"/> Downhill |
| | | <input type="checkbox"/> Buceo |

SI NO

Historia del grupo familiar

¿Alguno de sus hermanos (as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión, Infarto, Enfermedad Coronaria), Diabetes, Cáncer de Colón, Cáncer de recto y Cáncer de mama?

SI NO

Información Adicional

CLÁUSULA DE GARANTÍA:

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento (SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL y Declaración de Asegurabilidad) es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley, no he ejercido, no ejerzo ni ejerceré actividades ilícitas ni de alto riesgo .

Acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato de seguro y que Suramericana no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de la cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mí para que suministre a Seguros de Vida Suramericana S.A. copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. para intercambiar información con fines estadísticos, entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a que me encuentre afiliado.

Igualmente autorizo para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o a cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevemos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Suramericana me sea enviada por algún medio electrónico (Mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

DEPÓSITO PROVISIONAL

Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. para descontar de mi nómina o de mis comisiones, la suma que sea mayor entre los gastos de expedición y el valor del anticipo establecido en las políticas de la compañía, si esta solicitud se tramita sin depósito provisional y el asegurado no cubre la primera prima dentro del periodo de gracia.

SI NO

Sucursal RAMO: 081
Manizales PÓLIZA: 081004049242
RECIBO: 42859060
RIESGO: 75094741



FIRMA CLIENTE UNIFICADO

DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA SUCURSAL

Ramo 081 Póliza 081004049242 Recibo 42859060

Fecha Diligenciamiento 23 04 2018

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD ELECTRÓNICA DE SEGURO

Garantizo que la información suministrada por mí y consignada en la solicitud electrónica número 8387581 Ramo 081, así como en el Formulario de Conocimiento del Cliente SARLAFT(1) diligenciados el día 25 de 04 de 2018, es en todas sus partes cierta, y la misma hará parte integral del contrato de seguro. Este documento servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición de la póliza.

Garantizo que gozo de buena salud y en cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier IPS o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre, aun después de fallecido, a Suramericana, copia de mi historia clínica o de cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a esta(2). Así mismo, que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de consultar, reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Además me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

Autorizo voluntariamente que la información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA S.A me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

Autorizo a Suramericana a descontar de la cuenta bancaria que para el efecto señale, los pagos por concepto de primas a mi cargo.

Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

Marque tipo de operación: Negocio nuevo Modificación (Valorable o no valorable)
Marque clase de cliente: Tomador Asegurado

X Jaime Andrés Martín H
Nombre del cliente
CC./Nit. 75094741

X [Firma manuscrita]
Firma del cliente



[Firma manuscrita] 11490.
Firma y código del asesor

Manizales
Ciudad

Si el titular de la cuenta bancaria es diferente al tomador, favor diligenciar:

Nombre del titular de la cuenta bancaria Firma del titular de la cuenta bancaria Huella

ÁREA EXCLUSIVA SELLO

1. En caso en que el tomador sea una persona jurídica debe aportar la firma y huella del Representante Legal.

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)



Señores

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS – CONFA -
MANIZALES – CALDAS -**

E. S. M

Referencia: **DERECHO DE PETICIÓN DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

Solicitante: **SURAMERICANA SEGUROS DE VIDA S.A.**

Paciente: **JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ**

JULIÁN ALBERTO CUADRADO LUENGAS, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.088.319.072 de Pereira (Risaralda), en mi calidad de Representante Legal de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, conforme certificado que se anexa, por medio del presente documento, y al amparo del artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, y los artículos 13 y siguientes del CPACA, me permito elevar **DERECHO DE PETICIÓN DE SOLICITUD DE DOCUMENTOS**, con base en los siguientes:

HECHOS

1. Entre Seguros de vida Suramericana S.A. y el señor Jaime Andrés Marín Martínez, identificado con cédula de ciudadanía No. 75.094.741, se celebró un contrato de seguro de vida, con varios amparos adicionales al básico.
2. El mencionado señor Marín, al momento de la suscripción del contrato, autorizó expresamente y por escrito, a las diferentes IPS para entregar a Seguros de Vida Suramericana S.A., su historia clínica, a efectos de definir las reclamaciones a que hubiera lugar, con ocasión del mentado seguro.
3. El señor Jaime Andrés, elevó solicitud indemnizatoria ante la compañía que represento, pretendiendo la afectación de uno de los amparos accesorios allí convenidos, aportando para tal fin, algunas hojas de su historial médico, entre ellas, algunas correspondientes a Confa.
4. Con la intención de realizar un cuidadoso estudio de las peticiones elevadas por el asegurado, se requiere indispensablemente conocer de primera mano su historial clínico completo, de manera que se pueda definir conforme sus verdaderas condiciones de salud y con total apego a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico.

PETICIÓN

Con base en todo lo narrado, de manera respetuosa, y teniendo en cuenta que el señor Jaime Andrés Marín Martínez autorizó de forma expresa la consecución de su historial clínico, se solicita:

1. A costa de Seguros de Vida Suramericana S.A., se haga llegar copia de la historia clínica íntegra del señor Jaime Andrés Marín Martínez, identificado con cédula 75.094.741; preferiblemente en medio digital.

FUNDAMENTOS LEGALES

La petición contenida en este escrito, se eleva al amparo de lo contemplado en el artículo 23 de la Constitución Política, el cual dispone: *“Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales”*.

De la misma manera, al amparo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, así:

“Artículo 13. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma.

*Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, **requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos**, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.*

El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores en relación a las entidades dedicadas a su protección o formación.

Artículo 14. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. *Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.*

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

PARÁGRAFO. *Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.” (Negritas fuera de texto).*

Finalmente, al tenor de lo contemplado en el artículo 13 de la Resolución 1995 de 1.999, que reza: *“La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes”*

ANEXOS

Al presente derecho de petición, se anexan:

1. Copia del documento a través del cual, desde el día 23 de abril de 2.018, el señor Marín Martínez autorizó a la empresa que represento, la consecución de su historial clínico, o lo que es lo mismo, a las diferentes IPS, para entregar su historia clínica a la aseguradora, a efectos de validar su estado de salud.
2. Certificado que da cuenta de la representación legal de Seguros de Vida Suramericana S.A.

NOTIFICACIONES

Se solicita remitir cualquier respuesta a los siguientes correos electrónicos:

jcuadrado@sura.com.co
arodriguez@sura.com.co
atenasestudiojuridico@outlook.com

Atentamente,



JULIÁN ALBERTO CUADRADO LUENGAS

C.C 1.088.319.072 de Pereira
Representante Legal Seguros de Vida Suramericana S.A.

Sucursal RAMO: 081
Manizales PÓLIZA: 081004049242
RECIBO: 42859060
RIESGO: 75094741



FIRMA CLIENTE UNIFICADO

DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA SUCURSAL

Ramo 081 Póliza 081004049242 Recibo 42859060

Fecha Diligenciamiento 23 04 2018

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD ELECTRÓNICA DE SEGURO

Garantizo que la información suministrada por mí y consignada en la solicitud electrónica número 8387581 Ramo 081, así como en el Formulario de Conocimiento del Cliente SARLAFT(1) diligenciados el día 25 de 04 de 2018, es en todas sus partes cierta, y la misma hará parte integral del contrato de seguro. Este documento servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición de la póliza.

Garantizo que gozo de buena salud y en cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier IPS o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre, aun después de fallecido, a Suramericana, copia de mi historia clínica o de cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a esta(2). Así mismo, que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de consultar, reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Además me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

Autorizo voluntariamente que la información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA S.A me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

Autorizo a Suramericana a descontar de la cuenta bancaria que para el efecto señale, los pagos por concepto de primas a mi cargo.

Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

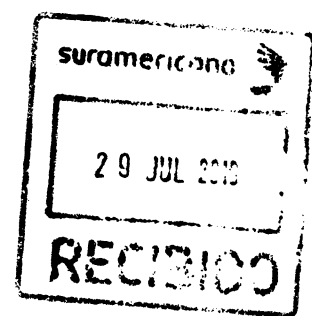
Marque tipo de operación: Negocio nuevo Modificación (Valorable o no valorable)
Marque clase de cliente: Tomador Asegurado

X Jaime Andrés Martín H
Nombre del cliente

X [Firma manuscrita]
Firma del cliente



CC./Nit. 75094741



[Firma manuscrita] 11490.
Firma y código del asesor

Manizales
Ciudad

Si el titular de la cuenta bancaria es diferente al tomador, favor diligenciar:

Nombre del titular de la cuenta bancaria Firma del titular de la cuenta bancaria Huella

ÁREA EXCLUSIVA SELLO

1. En caso en que el tomador sea una persona jurídica debe aportar la firma y huella del Representante Legal.
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. pudiendo emplear la sigla "Seguros de Vida SURA"

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

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 2381 del 04 de agosto de 1947 de la Notaría 3 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). bajo la denominación de COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1502 del 15 de septiembre de 1997 de la Notaría 14 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Se protocolizó el acto de escisión de la COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A., la cual segrega una parte de su patrimonio con destino a la constitución de la sociedad denominada "PORTAFOLIO DE INVERSIONES SURAMERICANA S.A."

Resolución S.F.C. No 2197 del 01 de diciembre de 2006 La Superintendencia Financiera aprueba la escisión de la Compañía Suramericana de Seguros S.A., la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. y la Compañía Suramericana de Capitalización S.A., constituyendo la sociedad beneficiaria "Sociedad Inversionista Anónima S.A.", la cual no estará sujeta a la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, protocolizada mediante Escritura Pública 2166 del 15 de diciembre de 2006 notaria 14 de Medellín, aclarada mediante Escritura Pública 0339 del 02 de marzo de 2007 Notaria 14 de Medellín

Resolución S.F.C. No 0810 del 04 de junio de 2007 por medio de la cual la Superintendencia Financiera aprueba la cesión de activos, pasivos, contratos y de cartera de seguros de la Compañía Agrícola de Seguros S.A. y de la Compañía Agrícola de Seguros de Vida S.A. a favor de la Compañía Suramericana de Seguros S.A., la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. y de la Compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida S.A. SURATEP.

Escritura Pública No 0821 del 13 de mayo de 2009 de la Notaría 14 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Cambia su razón social de COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A. por la de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Escritura Pública No 35 del 22 de enero de 2018 de la Notaría 14 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Cambia su razón social de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. por la de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., pudiendo emplear la sigla "Seguros de Vida SURA"

Resolución S.F.C. No 01753 del 10 de diciembre de 2018 ,por medio de la cual la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Seguros de Vida Suramericana S.A. y Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No. 5116 del 17 de diciembre de 2018, Notaría 25 de Medellín.

Resolución S.F.C. No 0440 del 04 de mayo de 2020 , por la cual se aprueba la escisión parcial de Seguros de Vida Suramericana S.A. Entidad Escidente y Suramericana S.A. es una sociedad inscrita y un emisor de valores Entidad Beneficiaria.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 806 del 26 de septiembre de 1947



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

REPRESENTACIÓN LEGAL: REPRESENTACIÓN LEGAL: La representación legal de la Sociedad será múltiple y la gestión de los negocios sociales estará simultáneamente a cargo de un Presidente, de uno o más Vicepresidentes, del Gerente de Vida y Rentas, del Gerente de Inversiones y Tesorería, y del Secretario General, según lo defina la Junta Directiva, quienes podrán actuar conjunta o separadamente. Para efectos exclusivos de representar a la Sociedad en las gestiones relacionadas con el ramo de riesgos laborales, tendrán también la calidad de representantes legales el Gerente de Producto ARL, el Gerente de Operaciones ARL y el Gerente Técnico ARL, quienes serán designados por la Junta Directiva y podrán actuar de manera conjunta o separada. Igualmente, se elegirán uno o más Gerentes Regionales, que serán nombrados por la Junta Directiva en cualquier tiempo y ejercerán la representación legal de la Sociedad de acuerdo con los poderes que les confiera el Presidente, alguno de los Vicepresidentes, el Secretario General, el Gerente de Producto ARL, el Gerente de Operaciones ARL o el Gerente Técnico ARL, según corresponda. Los Gerentes Regionales tendrán bajo su responsabilidad administrativa una o más sucursales, y corresponde a la Junta Directiva determinar el territorio en el cual ejercerán su jurisdicción y la sucursal o sucursales que quedarán bajo su dependencia administrativa. Todos los empleados de la Sociedad, a excepción del Auditor Interno y de los dependientes de éste, si los hubiere, están subordinados al Presidente en el desempeño de sus cargos.

PARÁGRAFOS. Para efectos de la representación legal judicial de la Sociedad, tendrá igualmente la calidad de representante Legal el Gerente de Asuntos Legales o su suplente, así como los abogados que para tal fin designe la Junta Directiva, quienes representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, y/o con funciones administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado, así mismo, los representantes legales judiciales podrán otorgar poder a abogados externos para representar a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas y/o con funciones administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado.

DESIGNACIÓN: Los representantes legales serán designados por la Junta Directiva y serán removibles por ella en cualquier tiempo.

FUNCIONES: Son funciones de los representantes legales: (A) Representar legalmente la Sociedad y tener a su cargo la inmediata dirección y administración de sus negocios. (B) Ejecutar y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. (C) Celebrar en nombre de la Sociedad todos los actos o contratos relacionados con su objeto social. (D) Nombrar y remover libremente a los empleados de sus dependencias, así como a los demás que le corresponda nombrar y remover en ejercicio de la delegación de funciones que pueda hacerle la Junta Directiva. (E) Adoptar las medidas necesarias para la debida conservación de los bienes sociales y para el adecuado recaudo y aplicación de sus fondos. (F) Citar a la Junta Directiva cuando lo considere necesario o conveniente, y mantener adecuada y oportunamente informada sobre la marcha de los negocios sociales; someter a su consideración los estados financieros de prueba y suministrarle todos los informes que ella le solicite en relación con la Sociedad y con sus actividades. (G) Presentar a la Asamblea General de Accionistas anualmente, en su reunión ordinaria, los estados financieros de fin de ejercicio, junto con los informes y proyecto de distribución de utilidades y demás detalles e informaciones especiales exigidos por la ley, previo el estudio, consideraciones y aprobación inicial de la Junta Directiva. (H) Someter a aprobación de la Junta Directiva, en coordinación con el oficial de cumplimiento, el manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT y sus actualizaciones. (I) Las demás que le corresponden de acuerdo con la ley y estos Estatutos.

FACULTADES: Los Representantes Legales están facultados para celebrar o ejecutar, sin otra limitación que la establecida en los Estatutos en cuanto se trate de operaciones que deban ser previamente autorizadas por la Junta Directiva, o por la Asamblea General de Accionistas, todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social, o que tengan el carácter simplemente preparatorio, accesorio o complementario para la realización de los fines que la Sociedad persigue, y los que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la Sociedad. Los Representantes Legales podrán transigir, comprometer y arbitrar los negocios sociales, promover acciones judiciales e interponer todos los recursos que fueren procedentes conforme a la ley, recibir, sustituir, adquirir, otorgar y renovar obligaciones y créditos, dar o recibir bienes en pago; constituir apoderados o extrajudiciales y delegar facultades, otorgar mandatos y sustituciones con la limitación que se desprende de estos Estatutos. La Sociedad tendrá un Secretario General que será propuesto por el Presidente de la Sociedad y nombrado por la Junta Directiva, el cual será a su vez el Secretario de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités. En ausencia absolutas, temporales, o accidentales, la Junta Directiva, la Alta Gerencia o los miembros de los Comités podrán designar



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

un Secretario Ad Hoc para ejercer una o varias de las funciones del Secretario General en su ausencia. El Secretario Ad Hoc no tendrá representación legal; excepto si la misma ha sido otorgada de acuerdo con lo establecido en los presentes Estatutos. El secretario General no podrá ser miembro de la Junta Directiva. FUNCIONES: Además de las funciones de carácter especial que le sean asignadas por la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, o por la Alta Gerencia, el Secretario General tendrá las siguientes funciones y responsabilidades: (J) La Representación legal de la Sociedad. (K) Llevar conforme a la ley, los libros de actas de Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de los Comités de Junta, y autorizar con su firma las copias y extractos que de ellas se expidan. (L) Llevar a cabo la expedición y refrendación de títulos de acciones, así como la inscripción de actos o documentos en el libro de registro de acciones. (M) Comunicar las convocatorias para las reuniones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités. (N) Asistir a las reuniones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités. (O) Coordinar la organización de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités, de conformidad con lo establecido en la ley y en estos Estatutos. (P) Coordinar la preparación del orden del día de las reuniones. (Q) Apoyar al Presidente de la Junta Directiva con el suministro de la información a los miembros de Junta Directiva de manera oportuna y en debida forma. (R) Asegurarse que las decisiones adoptadas en la Asamblea General de Accionistas, en la Junta Directiva y en sus respectivos Comités, efectivamente se incorporen en las respectivas actas. (S) Dirigir la administración de documentos y archivo de la secretaría general de la Sociedad, y velar por la custodia y conservación de los libros, escrituras, títulos, comprobantes y demás documentos que se le confíen. (T) Gestionar, archivar y custodiar la información confidencial de la Sociedad. (U) Atender las consultas y/o reclamos que se presenten por parte de los accionistas, autoridades y demás grupos de interés, para lo cual contará con personal calificado. (V) Ser el puente de comunicación entre los accionistas y los Administradores, o entre estos últimos y la Sociedad. (W) Velar por la legalidad formal de las actuaciones de la Asamblea General de Accionistas y Junta Directiva, y garantizar que sus procedimientos y reglas de gobierno sean respetados y regularmente revisados, de acuerdo con lo previsto en los presentes Estatutos y la normatividad vigente. (X) Las demás que le asigne la Junta Directiva. (Escritura Pública 5116 del 17/12/2018 Notaría 25 de Medellín)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Juan David Escobar Franco Fecha de inicio del cargo: 05/02/2016	CC - 98549058	Presidente
Luis Guillermo Gutiérrez Londoño Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 98537472	Representante Legal en Calidad de Vicepresidente
Patricia Del Pilar Jaramillo Salgado Fecha de inicio del cargo: 21/06/2018	CC - 51910417	Secretario General
Carlos Alberto González Posada Fecha de inicio del cargo: 07/04/2016	CC - 71697585	Vicepresidente de Seguros
Paula Veruska Ruiz Marquez Fecha de inicio del cargo: 14/04/2016	CC - 52413095	Gerente Regional Bogotá
Julian Fernando Vernaza Alhach Fecha de inicio del cargo: 21/10/2004	CC - 19485228	Gerente Regional Cali
Ana María Restrepo Mejía Fecha de inicio del cargo: 14/04/2016	CC - 43259475	Representante Legal Judicial
Natalia Andrea Infante Navarro Fecha de inicio del cargo: 01/11/2016	CC - 1037602583	Representante Legal Judicial
Maria Alejandra Zapata Pereira Fecha de inicio del cargo: 01/11/2016	CC - 1151935338	Representante Legal Judicial
Andrea Sierra Amado Fecha de inicio del cargo: 14/04/2016	CC - 1140824269	Representante Legal Judicial

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Diego Andres Avendaño Castillo Fecha de inicio del cargo: 10/02/2014	CC - 74380936	Representante Legal Judicial
Ana Maria Rodríguez Agudelo Fecha de inicio del cargo: 10/04/2012	CC - 1097034007	Representante Legal Judicial
Carolina Sierra Vega Fecha de inicio del cargo: 29/05/2020	CC - 43157828	Representante Legal Judicial
María Del Pilar Vallejo Barrera Fecha de inicio del cargo: 01/07/2004	CC - 51764113	Representante Legal Judicial
Angela Marcela Carmona Mesa Fecha de inicio del cargo: 19/08/2004	CC - 42879391	Representante Legal Judicial
Marisol Restrepo Henao Fecha de inicio del cargo: 05/04/2020	CC - 43067974	Representante Legal Judicial
July Natalia Gaona Prada Fecha de inicio del cargo: 05/02/2020	CC - 63558966	Representante Legal Judicial
Juan Diego Maya Duque Fecha de inicio del cargo: 12/11/2019	CC - 71774079	Representante Legal Judicial
Natalia Alejandra Mendoza Barrios Fecha de inicio del cargo: 15/02/2019	CC - 1143139825	Representante Legal Judicial
Carlos Augusto Moncada Prada Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 91535718	Representante Legal Judicial
Allan Iván Gómez Barreto Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 79794741	Representante Legal Judicial
Juan Carlos Gómez Castaño Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 71261933	Representante Legal Judicial
Ana Isabel Mejía Mazo Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 43627601	Representante Legal Judicial
Iván Alberto Llanos Del Castillo Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 1129567635	Representante Legal Judicial
Lina Maria Angulo Gallego Fecha de inicio del cargo: 19/12/2018	CC - 67002356	Representante Legal Judicial
Mariana Castro Echavarría Fecha de inicio del cargo: 19/12/2018	CC - 1037622690	Representante Legal Judicial
Diana Carolina Gutiérrez Arango Fecha de inicio del cargo: 26/09/2018	CC - 1010173412	Representante Legal Judicial
Lina Marcela García Villegas Fecha de inicio del cargo: 06/06/2018	CC - 1128271996	Representante Legal Judicial
José Libardo Cruz Bermeo Fecha de inicio del cargo: 16/03/2017	CC - 71387502	Representante Legal Judicial
David Ricardo Gómez Restrepo Fecha de inicio del cargo: 20/04/2017	CC - 1037607179	Representante Legal Judicial
Maria Teresa Ospina Caro Fecha de inicio del cargo: 20/04/2017	CC - 44000661	Representante Legal Judicial
Julián Alberto Cuadrado Luengas Fecha de inicio del cargo: 02/11/2017	CC - 1088319072	Representante Legal Judicial



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Harry Alberto Montoya Fernandez Fecha de inicio del cargo: 22/02/2018	CC - 1128276315	Representante Legal Judicial
Javier Ignacio Wolff Cano Fecha de inicio del cargo: 07/03/2013	CC - 71684969	Gerente Regional Eje Cafetero
Rafael Enrique Diaz Granados Nader Fecha de inicio del cargo: 20/02/2012	CC - 72201681	Gerente Regional Zona Norte
Luz Marina Velásquez Vallejo Fecha de inicio del cargo: 02/05/2019	CC - 43584279	Vicepresidente de Talento Humano
Melisa González González Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 1128273241	Gerente de Inversiones y Tesorería
Carolina Mesa Herrera Fecha de inicio del cargo: 21/06/2018	CC - 43156430	Gerente de Vida y Rentas
José Libardo Cruz Bermeo Fecha de inicio del cargo: 22/01/2018	CC - 71387502	Gerente de Asuntos Legales Suplente
Patricia Del Pilar Jaramillo Salgado Fecha de inicio del cargo: 22/01/2018	CC - 51910417	Gerente de Asuntos Legales
Richard Gandur Jacome Fecha de inicio del cargo: 28/02/2019	CC - 88139732	Gerente ARL Regional Norte
Jorge Alejandro Mejía Velásquez Fecha de inicio del cargo: 28/02/2019	CC - 71578793	Gerente de Operaciones ARL
Iván Ignacio Zuloaga Latorre Fecha de inicio del cargo: 07/03/2019	CC - 98550799	Gerente de Producto ARL
Gema Cecilia Uribe Vélez Fecha de inicio del cargo: 28/03/2019	CC - 43087200	Gerente Técnico ARL
María Eugenia Osorno Palacio Fecha de inicio del cargo: 28/03/2019	CC - 42785795	Gerente ARL Regional Antioquia
Daria Cecilia Rivero Acevedo Fecha de inicio del cargo: 28/03/2019	CC - 51767894	Gerente ARL Regional Centro
Mauricio Alvarez Gallo Fecha de inicio del cargo: 01/08/2019	CC - 10131025	Gerente ARL Regional Occidente

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Accidentes personales, colectivo vida, salud, vida grupo, vida individual. con Resolución S.F.C. Nro. 1419 del 24/08/2011 : se revoca la autorización concedida a Seguros de Vida Suramericana S.A., para operar el ramo de seguro Colectivo de Vida

Resolución S.B. No 1320 del 29 de abril de 1993 exequias

Resolución S.B. No 785 del 29 de abril de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1129 del 14 de junio de 1994 seguro de pensiones ley 100

Resolución S.B. No 685 del 02 de junio de 1998 pensiones de jubilación mediante circular externa 052 de 20 de diciembre de 2002 el ramo de pensiones de jubilación, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias

Resolución S.B. No 999 del 30 de junio de 1999 grupo educativo, con resolución 0638 del 26/03/2010 se revoca la autorización concedida mediante resolución 0999 del 30 de junio de 2009 para operar el ramo de seguro educativo.

Resolución S.B. No 1127 del 02 de octubre de 2002 enfermedades de alto costo

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14


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

Resolución S.B. No 129 del 16 de febrero de 2004 formaliza la autorización a Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., para operar el ramo de seguro de Pensiones con Conmutación Pensional a partir del 23 de diciembre de 2002, fecha de entrada en vigencia de la Circular Externa 052 de diciembre 20 de 2002, así como la utilización del modelo de la póliza de Seguro de Pensiones con Conmutación Pensional enviadas por la compañía a esta Entidad.

Resolución S.F.C. No 1535 del 13 de septiembre de 2011 autoriza operar ramo de desempleo

Resolución S.B. No 0557 del 17 de abril de 2012 autoriza operar el ramo de rentas voluntarias

Escritura Pública No 5116 del 17 de diciembre de 2018 de la Notaría 15 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Como consecuencia de la absorción de Seguros de Riesgos Labores Suramericana S.A. "ARL Sura", asume el ramo autorizado mediante Resolución 3241 del 29 de diciembre de 1995: Riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales)



**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."



Manizales 13 de Octubre de 2020

Doctora

LINA MARCELA GABELA VELASQUEZ

Representante Legal

Atenas Estudios Juridicos S.A.S.

Calle 22 No 21 40 Oficina 203

Manizales Caldas

Tel: 8902999

atenasestudiojuridico@outlook.com

Asunto: Respuesta requerimiento

Respetado Señor Julian Alberto Cuadrado Luengas:

En atención a su comunicado fechada el 8 de Octubre de 2020, allegada al correo Institucional, donde solicita la Historia Clínica del señor JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ, doy contestación de la misma en los siguientes términos:

Dentro del término legal le damos respuesta a su petición y adjuntamos la Historia Clínica del señor JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ para su revisión.

De esta forma damos respuesta clara y oportuna a su requerimiento.

Cordialmente,



ALEJANDRO RODAS LÓPEZ
ABOGADO
IPS CONFA

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSL CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
 AFILIACION: 75094741-00 SEXO: Masculino EDAD: 40 Años
 NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Conducta : Todas
 Motivo : Todos
 Médico : Todos

Fecha: 23.02.2018 Edad 37 Años
 Plantilla 413 CONS.INF.RESECCION DE Dx: D229 Nevo melanocitico. sitio no especificado
 Médico TATIANAE TATIANA ESCOBAR DÍAZ R.M: 24335908 Tipo Impresión Diagnóstica
 Especialidad Dermatólogo

TATIANA

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Nit: 890.806.490-5
Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741

AFILIACION: 75094741-00

SEXO: Masculino

EDAD: 40 Años

NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Consentimiento Informado

A. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

-Nombre del procedimiento que se va a realizar _Resección de _____
-Explicación breve y sencilla del procedimiento _Extracción de lesión mencionada arriba con
reconstrucción posterior que implica sutura de la piel. _____
-Tipo de anestesia (en caso de necesitarse) _Local _____

-Descripción de las consecuencias de importancia __ cicatriz en queleide _____

-Descripción de los riesgos típicos del procedimiento _Infección local, hemorragia, dolor _____

-Descripción de los riesgos personalizados _____

-El procedimiento será realizado por el (los) siguiente(s) medico(s) _____

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

-Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este tratamiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Me siento satisfecho con la cantidad y calidad de la información recibida; además, me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

-Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito arriba, los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

-Doy mi consentimiento para que me administren la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se consideren oportunas.

-En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones: _____

-Si no hay condiciones, escriba ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos, hágase constar: _____

-Queda claro también, que en caso de no acepte el tratamiento, no cambiara la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento.

Firma y cedula del paciente _____

Firma y cedula del Testigo _____

-Nombre del médico _____

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del profesional (Cirujano) _____

Documento de identidad _____

R.M. _____

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Firma del profesional (Anestesiólogo) Documento de identidad R.M.

C. DECLARACIONES LEGALES

Tutor legal o familiar _____ Sé que el paciente _____ Ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello. YO _____, con documento de identidad _____ doy consentimiento para que el (los) doctor (a) (es) y el personal auxiliar que se requiera este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares _____
 Parentesco _____ Huella _____

Testigo _____ Huella _____

Fecha: 23.02.2018 **Edad:** 37 Años
Plantilla: 533 **H.C INFORME QUIRURGICO:** Dx: D229 Nevo melanocítico. sitio no especificado
Médico: TATIANAE TATIANA ESCOBAR DÍAZ R.M: 24335908 **Tipo:** Impresión Diagnóstica
Especialidad: Dermatólogo



DESCRIPCION	INFORMACIÓN
Cirujano	tatiana escobar diaz
1er Ayudante	
Anestesiologo	
Diagnostico	
Pre-Operatorio	nevus atipico
Post-Operatorio	
Intervencion Practicada Y Tipo Anestesia	
Hora Que Comenzo Cx	11:10am
Hora En Que Termino Cx	
Intervencion Practicada	
Tipo Anestesia	local

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Descripcion Hallazgos Operatorios **explicacion del procedimiento y firma de consentimiento informado**
asepsia y antisepsia
bajo anestesia local con lidocaina 2% mas epinefrina
se realiza reseccion de lesion nevica en espalda por losange con margen de 2mm
se sutura piel con prolene 4-0
se cubre con micropore
se realiza fulguracion de fibromas laxos en cuello

Tejidos Enviados A Anatomia Patologica

AUTORIZACION PRIORITARIA

Ordenes

Fecha: 23.02.2018 **Edad** 37 Años
Plantilla 121 **REGISTRO: NOTAS DE ENFERMERIA Dx:** 0000 **No Aplica**
Médico CAROLING CAROLINA GIRALDO CATAÑO **R.M:** 1053798604 **Tipo** Impresión Diagnóstica
Especialidad Enfermería En Salud Famil

DESCRIPCION	INFORMACIÓN
NOTA DE ENFERMERIA	Ingres a pte de sexo masculino al servicio en aparentes buenas condiciones generales, con orden autorizada para Reseccion de nevus atipico en esplada fulguracion de lesiones de cuello Se explica procedimiento a la paciente quien firma consentimiento informado y autoriza realizarlo, Se observa sitio a intervenir con piel integra ,Previa asepsia y antisepsia se colabora a la Dra Tatiana Escobar Diaz para toma de muestra, infiltra con xilocaina al 2% con Epinefrinacon lote: 70369 FV 07-2019, extrae muestra, sutura con premilne 4/0, se cubre con gasa + micropore, se da educacion en signos de alarma para consultar como enrojecimiento, salida de algún material, mal olor. Se entrega muestra para llevar a patologia (un frascos), debidamente rotulado con soporte de historia clinica para tramite con la eps ,procedimiento sin complicaciones Retiro de sutura en 10 dias Sale paciente del servicio refiriendo sentirse bien

Observaciones

Fecha: 6.08.2018 **Edad** 38 Años
Plantilla 330 **HC. DERMATOLOGIA** **Dx:** C435 **Melanoma maligno del tronco**
Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS **R.M:** 15575/0091 **Tipo** Confirmado Repetido
Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION	INFORMACIÓN
-------------	-------------

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741	SEXO: Masculino	EDAD: 40 Años
AFILIACION: 75094741-00		
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ		

Motivo De Consulta	<p>38 años, manizales, sura pac, enfermero profesional.</p> <p style="background-color: yellow;">paciente quien consulta con reporte de patologia: Q18-3448</p> <p>Piel region lumbar baja izquierda - biopsia Se favorece el diagnostico de melanoma invasor. breslow : 0.6mm clark: II Ulcera no presente regresion: no presente. Infiltrados intratumorales presentes Sin evidencia de infiltracion linfovascular, perineural ni satelitosis</p> <p>NOTA: Se trata de una lesion dificil, muy inusual, el diagnostico diferencial es con el nevus de spitz pagetoide.</p> <p>comenta que desconoce el tiempo de evolucion de la lesion, habia notado prurito y discreto crecimiento.</p> <p>AP: Sano por lo demas. Safenectomia derecha EAP en manejo con omeprazol.</p> <p>AF: Abuelo "tumor de faringe" Fototipo II</p>
Examen Fisico	<p>En piel lumbar baja izquierda presenta cicatriz lineal de 2 cm sin signos de lesion residual o recurrente. No se palpan visceromegalias ni aenopatias. Presenta mas de 50 lesiones nevas en tronco y extremidades, en el momento ninguna con signos de malignidad.</p>
Otros Diagnosticos	<p>Se explica diagnostico y diagnostico diferencia. Comprende y acepta situacion.</p> <p>Se remite a cirugia general para ampliacion de margenes (1cm). *** PRIORITARIA*** Se remite a oncologia SS/ Rx torax, ecografia abdominal, got, gpt, fa. Control con resultados.</p>
Conducta	
DESCRIPCION (Justificacion)	-
AUTORIZACION PRIORITARIA	SI

Fecha: 11.09.2018	Edad: 38 Años	Plantilla: 331	HC: MEDICINA INTERNA	Dx: K297	Gastritis. no especificada
Médico: EDGAR	EDGAR EDUARDO CASTRO OSORIO R.M: 15588				Tipo: Impresión Diagnóstica
Especialidad: Medicina Interna					

Edgar E. Castro

DESCRIPCION	INFORMACIÓN
--------------------	--------------------

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSUL CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Motivo De Consulta

CONTROL MEDICINA INTERNA - EVALUACION RPEVIA DIC 2017 DR SANCHEA
 38 AÑOS (27 JULIO) - SEPARADO - 1 HIJO - ENFERMERO JEFE DE CARDIOLOGOS DEL
 CAFE - SURA PAC - B/ VILLACARMENZA
 VIENE POR SINTOMAS GASTRICOS

AP: DISLIPIDEMIA (TTO DIETA) + GASTRITIS CRONICA + ENF. VENOSA PERIFERICA +
 ESTUDIOS DE LESION EN REGIO NLUMBAR POSIBLE MELANOMA
 QX: SAFENECTOMIA DERECHA
 TTO ACTUAL: OMEPRAZOL 20X1
 AF: PADRE CON EAC CON CX RVM A LOS 50 AÑOS. NIEGA CANCER EN PRIEMR GRADO
 RXS:NO TABACO - NO ABUSO OH
 - SEDENTARISMO. MALOS HABITOS DE DIETA RICA EN HARINAS.

Examen Fisico

ES CONSUMIDOR CRONICO DE IBP. HA PERCIBIDO INCREMENTO DE LOS SINTOMAS DE
 EPIGASTRALGIAS + SINTOMAS DE RGE.
 PESO ESTABLE - NO SANGRADOS.
 ESTRES LABORAL.
 ESTA EN SEGUIMIENTO CON CX PLASTICA PARAAMPLIACION DE MARGENES DE LESION
 EN PIEL LUMBAR.
 PTE CITA CON RESULTADOS CON ONCOLOGIA
 * LAB 08.18: FA 156, TGO 18, TGP 30
 * PTE ENTREGA DE RX TORAX
 * ECO DE ABDOMEN TOTAL: ESTEATOSIS HEPATICA LEVE.
 BUENAS CONDICIONES GENERALES
 TA 125/90 EN AMBOS BRAZOS, FC 72 LPM, FR 18XMIN, T 36.8, PESO 90 KG, TALLA 1.72 MT,
 IMC 30
 CAVIDADO ORAL HUMEDA, CUELLO SIN MASAS
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, MV SIMETRICO SIN AGREGADOS
 ABDOMEN SIN DOLOR NI MEGALIAS. NO EDEMAS
 NEUROLOGICO NORMAL, PIEL SANA, CICATRIZ EN REGION FLANCO IZQUIERDO
 GASTRITIS + RGE

Otros Diagnosticos

Conducta

PACIENTE CONSUMIDOR CRONICO DE IBP, PERSISTECON SINTOMAS GASTRICOS Y DE
 RGE, REQUIER EEVDS DE CONTROL, PREVIA HACE 3 AÑOS, DEBE EVALUARSE
 POSIBILIDAD DE HELICOBACTERIOSIS
 HOY CON TAD EN LIMITE INFERIOR, SE REALIZAR SEGUIMIENTO Y SE DAN
 RECOMENDACIONES EN CTEV
 PLAN:
 - SS ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR
 - MANEJO CONJUNTO CON DERMATOPATOLOGIA - CX PLASTICA
 - PTE CITA CON ONCOLOGIA Y ENTREGA DE RX DE TORAX
 - CONTROL CON RESULTADOS

DESCRIPCION (Justificacion)

AUTORIZACION PRIORITARIA

NO

Fecha: 17.09.2018 Edad 38 Años

Plantilla 330 HC. DERMATOLOGIA

Dx: C435 Melanoma maligno del tronco

Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS

R.M: 15575/0091

Tipo Confirmado Repetido

Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA:	CC - 75094741		
AFILIACION:	75094741-00	SEXO: Masculino	EDAD: 40 Años
NOMBRE:	JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ		

Motivo De Consulta	CONTROL CON PARCLINICOS: 24.08.18 FA: 156 U/L, GOT: 18 U/L GPT: 30 U/L 28.08.18 ECOGRAFIA ABDOMINLA TOTAL: Esteatosis hepatica leve con prominencia del lobulo izquierda que puede constituir variante anatomica Prostata limitrofe. 25.08.18 RX TORAX: SIN LESIONES.
Examen Fisico	PENDIENTE AMPLIACION QUIRURGICA Y CITA CON ONCOLOGIA. SIN CAMBIOS CON RESPECTO A CITA PREVIA
Otros Diagnosticos	Q18-3448 Piel region lumbar baja izquierda - biopsia Se favorece el diagnostico de melanoma invasor. breslow : 0.6mm clark: II Ulcera no presente regresion: no presente. Infiltrados intratumorales presentes Sin evidencia de infiltracion linfovascular, perineural ni satelitosis NOTA: Se trata de una lesion dificil, muy inusual, el diagnostico diferencial es con el nevus de spitz pagetoide.
Conducta	cONTROL EN 3 MESES
DESCRIPCION (Justificacion)	.
AUTORIZACION PRIORITARIA	NO

Fecha: 10.06.2019	Edad: 38 Años		
Plantilla: 330	HC. DERMATOLOGIA	Dx: C435	Melanoma maligno del tronco
Médico: JULIAMV	JULIA INÉS MESA VILLEGAS	R.M: 15575/0091	Tipo: Confirmado Repetido
Especialidad: Dermatólogo			



DESCRIPCION	INFORMACIÓN
--------------------	--------------------

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Motivo De Consulta

DERMATOLOGÍA - CONTROL

Jaime, 38 años, Manizales, Sura PAC.

Paciente con antecedente de melanoma invasor en región lumbar reseado.

22.03.18: Resección de melanoma maligno invasor

10.18: Ampliación de márgenes por Dr Víctor Ocampo. Reporte de patología: Márgenes libres

Último control con oncología 20.05.19 quien considera melanoma maligno invasor de bajo riesgo de recurrencia, el cual debe continuar en vigilancia oncológica y cita a seguimiento en 6 meses

Reportes de patología:

Q18-3448

Piel region lumbar baja izquierda - biopsia

Se favorece el diagnostico de melanoma invasor.

breslow : 0.6 mm

clark: II

Ulcera no presente

regresion: no presente.

Infiltrados intratumorales presentes

Sin evidencia de infiltracion linfovascular, perineural ni satelitosis

NOTA: Se trata de una lesion dificil, muy inusual, el diagnostico diferencial es con el nevus de spitz pagetoide.

H1812I03988: los hallazgos morfológicos muestran una lesión melanocítica con atipia marcada de distribución asimétrica y con una expresión inmunofenotípica no concluyente, que si bien muestra una alta expresión Ciclina D1 y HMB-45 con un Bcl-2 muy positivo, el P53 es negativo y el Ki67 es muy bajo.

Sin embargo con las características antes descritas se recomienda el manejo de esta lesión como un melanoma invasor

Dr Ivan Bravo Naranjo y Dr Victor Hugo Cespedes

Q18-18730: ICP 16.10.18

Piel de región lumbar izquierda, lesión ampliación, resección.

Negativo para neoplasia residual, fibrosis cicatricial, inflamación crónica con reaccion de tipo cuerpo extraño

Dr Gloria Osorio

28.08.18: Ecoghradomen total: Esteatosis hepática leve con prominancia del lóbulo izquierdo que puede constituir una variante anatómica. Próstata limitrofe.

Examen Fisico

Fototipo II

En piel lumbar baja izquierda presenta cicatriz lineal de 4 cm sin signos de lesion residual o recurrencia.

No se palpan visceromegalias ni aenopatias.

Presenta mas de 50 lesiones nevicas en tronco y extremidades.

Sobre piel de músculo deltoides derecho, a 6 cm de dermatofibroma en cara anterior de hombro derecho, se observa mácula de 3*3 mm, de color café claro, con reforzamiento de la red de pigmento a nivel periférico

Otros Diagnosticos

Dx: Melanoma Maligno invasor en región lumbar izquierda reseado, con posterior ampliación con márgenes libres

-Nevus de unión displásico en piel de deltoides derecho

Conducta

Paciente de 38 años, con Melanoma Maligno invasor en región lumbar izquierda reseado, con posterior ampliación con márgenes libres en octubre del 2018, con paraclínicos de extensión dentro de la normalidad, en seguimiento por Oncología. Al examen físico llama la atención lesión névica en piel de deltoides derecho, se sospecha nevus de unión displásico, se ordena resección con estudio de patología. Se explica importancia de fotoprotección

Plan:

-Resección de nevus en deltoides derecho

NCR

DESCRIPCION (Justificacion)

.

AUTORIZACION PRIORITARIA

NO

Nit: 890.806.490-5
Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSL CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741

AFILIACION: 75094741-00

SEXO: Masculino

EDAD: 40 Años

NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Fecha: 17.07.2019 Edad 38 Años

Plantilla 413 CONS.INF.RESECCION DE

Dx: C435 Melanoma maligno del tronco

Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS

R.M: 15575/0091

Tipo Impresión Diagnóstica

Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Consentimiento Informado

A. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

-Nombre del procedimiento que se va a realizar _Resección de nevus en deltoides derecho
 -Explicación breve y sencilla del procedimiento _Extracción de lesión mencionada arriba con reconstrucción posterior que implica sutura de la piel. _____
 -Tipo de anestesia (en caso de necesitarse) _Local _____

-Descripción de los riesgos típicos del procedimiento _Infección local, hemorragia, dolor, cicatriz, cambios en la coloración, deshincencia de sutura _____

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

-Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este tratamiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Me siento satisfecho con la cantidad y calidad de la información recibida; además, me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

-Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito arriba, los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

-Doy mi consentimiento para que me administren la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se consideren oportunas.

-En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones: _____ no _____

-Si no hay condiciones, escriba ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos, hágase constar: _____

-Queda claro también, que en caso de no acepte el tratamiento, no cambiara la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento.

-Con la firma del presente documento autorizo a CONFA a utilizar mis nombres y apellidos (datos no sensibles) y hacer reproducción de los mismos por medios físicos o magnéticos con la finalidad de gestionar en procedimiento quirúrgico aquí consentido.

Firma y cedula del paciente _____

Firma y cedula del Testigo _____

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

 _Julia Mesa _____ 30396391 _____ 0091_

Firma del profesional (Cirujano) Documento de identidad R.M.

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
 AFILIACION: 75094741-00 SEXO: Masculino EDAD: 40 Años
 NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Firma del profesional (Anestesiólogo) Documento de identidad R.M.

C. DECLARACIONES LEGALES

Tutor legal o familiar _____ Sé que el paciente _____ Ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello. YO _____, con documento de identidad _____ doy consentimiento para que el (los) doctor (a) (es) y el personal auxiliar que se requiera este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares _____
 Parentesco _____ Huella _____

Testigo _____ Huella _____

Fecha: 17.07.2019 Edad 38 Años

Plantilla 533 H.C INFORME QUIRURGICO Dx: C435 Melanoma maligno del tronco
 Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS R.M: 15575/0091 Tipo Confirmado Repetido
 Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION	INFORMACIÓN
Cirujano	JULIA MESA V
1er Ayudante	
Anestesiologo	
Diagnostico	
Pre-Operatorio	Idx -Nevus de unión displásico en piel de deltoides derecho
Post-Operatorio	Idx -Nevus de unión displásico en piel de deltoides derecho
Intervencion Practicada Y Tipo Anestesia	
Hora Que Comenzo Cx	9.30
Hora En Que Termino Cx	10

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Intervencion Practicada SE DILIGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO
 ASEPSIA, ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA LOCAL SE REALIZA RESECCION CON CILINDRO DE 4 MM DE LESION UBICADA EN PIEL DE MÚSXULO DELTOIDES DERECHO , MARGEN MINIMO, SE AFRONTA DEFECTO CON PUNTOS SENCILLOS PROLENE 4-0. NO HAY COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO
 CUIDADOS LOCALES
 RETIRO DE PUNTOS EN 10 DÍAS
 CONTROL CON RESULTADOS DE PATOLOGIA.
 ANALGESIA

Tipo Anestesia

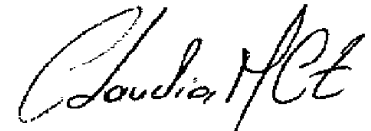
Descripcion Hallazgos Operatorios Sobre piel de músculo deltoides derecho, a 6 cm de dermatofriboma en cara anterior de hombro derecho, se observa mácula de 3*3 mm, de color café claro, con reforzamiento de la red de pigmento a nivel periférico

Tejidos Enviados A Anatomia Patologica CILINDRO DE PIEL DE DELTOIDES DERECHO

AUTORIZACION PRIORITARIA

Ordenes 935 --> 890342 --> CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA /***/

Fecha: 17.07.2019 **Edad** 38 Años
Plantilla 121 **REGISTRO:** NOTAS DE ENFERMERIA **Dx:** 0000 **No Aplica**
Médico CLAUDIAZ CLAUDIA MARGOTH CASTAÑO ZAPA R.M: 31445 **Tipo** Impresión Diagnóstica
Especialidad Auxiliar Tec. Enfermeria



DESCRIPCION **INFORMACIÓN**

NOTA DE ENFERMERIA
 Observaciones Se acompaña a la Dra Julia en procedimeitno dermatologico bien tolerado por el paciente

Fecha: 27.01.2020 **Edad** 39 Años
Plantilla 330 **HC.** DERMATOLOGIA **Dx:** C435 **Melanoma maligno del tronco**
Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS **R.M:** 15575/0091 **Tipo** Confirmado Repetido
Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION **INFORMACIÓN**

Motivo De Consulta Melanoma Maligno invasor en región lumbar izquierda resecaado, con posterior ampliación con márgenes libres.

Trae reporte de patologia Q19-12828
 Piel deltoides derecho - biopsia
 Nevus melanocitico compuesto displasico de clark

Dice sentirse bien.

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 AI: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSL CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Examen Fisico	Cicatriz reseccion de melanoma sana sin signos de recurrencia local Cicatriz en deltoides sana. A 3 cm a la derecha de C7 presenta macula pigmentada de 1,5x1 mm con globulos asimetricos en la periferia. En piel de tronco anterior papulas algunas de ellas foliculares eritematosas sin pustulas,. otras residuales con hiperpigmetnacion postinflamatoria.
Otros Diagnosticos	1. Melanoma Maligno invasor en región lumbar izquierda resecado, con posterior ampliación con márgenes libres. 2. Piel deltoides derecho: Nevus melanocitico compuesto displasico de clark 3. Foliculitis en piel torax anterior 4. Nevus displasico vs melanoma en piel dorsal superior derecha (a 3 cm a la derecha de C7) ?
Conducta	Se realizará reseccion de lesion dorsal superior derecha a 3 cm a de C7 Se formula Benzc AC wash cada dia de por merdio.
DESCRIPCION (Justificacion)	.
AUTORIZACION PRIORITARIA	NO

Fecha: 14.05.2020 Edad 39 Años

Plantilla 350 TELECONSULTA

Dx: C435 Melanoma maligno del tronco

Tipo Confirmado Repetido

Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS

R.M: 15575/0091

Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Motivo De Consulta	Le solicitan renovación de la orden de resección de lesión dorsal superior derecha a 3 cm de C7 otorgada en la última cita en el mes de enero que ya está vencida.
Enfermedad Actual	paciente conocido por la especialidad con diagnósticos de: 1. Melanoma Maligno invasor en región lumbar izquierda resecado, con posterior ampliación con márgenes libres. 2. Piel deltoides derecho: Nevus melanocitico compuesto displasico de clark 3. Foliculitis en piel torax anterior 4. Nevus displasico vs melanoma en piel dorsal superior derecha (a 3 cm a la derecha de C7) ?
Antecedentes	Refiere resolución del cuadro de foliculitis con el uso de peróxido de benzoilo en gel. Niega otra sintomatología en el momento Refiere que para el mes de junio debe asistir a control por oncología pero no tiene la orden. Anotados
Revision x Sistemas	Anotados
Conducta	-Se da orden nuevamente para resección de lesión pigmentada ubicada en piel dorsal superior derecha (a 3 cm a la derecha de c7) ya que mostraba: macula pigmentada de 1,5x1 mm con globulos asimetricos en la periferia. - CARÁCTER PRIORITARIO -Se remite a control oncología clínica
Recomendaciones	

Fecha: 20.05.2020 Edad 39 Años

Plantilla 350 TELECONSULTA

Dx: C435 Melanoma maligno del tronco

Tipo Confirmado Repetido

Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS

R.M: 15575/0091

Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSL CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Motivo De Consulta	SE ABRE HISTORIA CLINICA PARA DEJAR ORDE DE PROCEDIMIENTO GRABADA NUEVAMENTE
Enfermedad Actual	SE ABRE HISTORIA CLINICA PARA DEJAR ORDE DE PROCEDIMIENTO GRABADA NUEVAMENTE
Antecedentes	
Revision x Sistemas	
Conducta	SE ABRE HISTORIA CLINICA PARA DEJAR ORDE DE PROCEDIMIENTO GRABADA NUEVAMENTE
Recomendaciones	

Fecha: 7.07.2020 **Edad** 39 Años
Plantilla 413 **CONS.INF.RESECCION DE** **Dx:** D229 Nevo melanocitico. sitio no especificado
Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS **R.M:** 15575/0091 **Tipo** Confirmado Repetido
Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION	INFORMACIÓN
--------------------	--------------------

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741

AFILIACION: 75094741-00

SEXO: Masculino

EDAD: 40 Años

NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Consentimiento Informado

A. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

-Nombre del procedimiento que se va a realizar _Resección de LESION MELANOCITICA DORSAL SUPERIOR DERECHA_____

-Explicación breve y sencilla del procedimiento _Extracción de lesión mencionada arriba con___ reconstrucción posterior que implica sutura de la piel. _____

-Tipo de anestesia (en caso de necesitarse) _Local_____

-Descripción de los riesgos típicos del procedimiento _Infección local, hemorragia, dolor , dehiscencia de sutura, cicatriz, recurrencia. _____

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

-Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este tratamiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Me siento satisfecho con la cantidad y calidad de la información recibida; además, me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

-Que de manera detallada se me ha suministrado información completa por parte del profesional de la salud acerca del coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, y la posibilidad o riesgo de contagio de la enfermedad durante o posterior a la intervención quirúrgica; es así que de forma libre y espontánea al suscribir el presente documento certifico que me ha sido explicado en su totalidad lo concerniente al virus mencionado y el posible riesgo de exposición. Así mismo doy fé de la veracidad de la información contenida en el cuestionario sobre signos y síntomas

-Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito arriba, los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

-Doy mi consentimiento para que me administren la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se consideren oportunas.

-En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones: _____

-Si no hay condiciones, escriba ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos, hágase constar: _____

-Queda claro también, que en caso de no acepte el tratamiento, no cambiara la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento.

-Con la firma del presente documento autorizo a CONFA a utilizar mis nombres y apellidos (datos no sensibles) y hacer reproducción de los mismos por medios físicos o magnéticos con la finalidad de gestionar en procedimiento quirúrgico aquí consentido.

Firma y cedula del paciente _____

Firma y cedula del Testigo _____

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
 AFILIACION: 75094741-00 SEXO: Masculino EDAD: 40 Años
 NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

 0091 30396391
 Firma del profesional (Cirujano) Documento de identidad R.M.

 Firma del profesional (Anestesiólogo) Documento de identidad R.M.

C. DECLARACIONES LEGALES

Tutor legal o familiar _____ Sé que el paciente _____ Ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello. YO _____, con documento de identidad _____ doy consentimiento para que el (los) doctor (a) (es) y el personal auxiliar que se requiera este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares _____
 Parentesco _____ Huella _____

Testigo _____ Huella _____

Fecha: 7.07.2020 Edad 39 Años
 Plantilla 533 H.C INFORME QUIRURGICO Dx: D229 Nevo melanocitico. sitio no especificado
 Médico JULIAMV JULIA INÉS MESA VILLEGAS R.M: 15575/0091 Tipo Confirmado Repetido
 Especialidad Dermatólogo



DESCRIPCION	INFORMACIÓN
Cirujano	JULIA MESA V
1er Ayudante	
Anestesiologo	
Diagnostico	
Pre-Operatorio	NEVUS MELANOCITICO CON CARACTERISTICAS DERMATOSCOPICAS ATIPICAS. DISPLASICO VS DESCARTAR MALIGNIDAD.
Post-Operatorio	NEVUS MELANOCITICO CON CARACTERISTICAS DERMATOSCOPICAS ATIPICAS. DISPLASICO VS DESCARTAR MALIGNIDAD.
Intervencion Practicada Y Tipo Anestesia	
Hora Que Comenzo Cx	1007

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSL CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Hora En Que Termino Cx

Intervencion Practicada

RESECCION NEVUS MELANOCITICO ESPALDA: REGION DORSAL SUPERIOR DERECHA

Tipo Anestesia

LOCAL

Descripcion Hallazgos Operatorios

SE DILIGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ASEPSIA, ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA LOCAL SE REALIZA RESECCION CON MARGEN MINIMO DE LESION PIGMENTADA DORSAL SUPERIOR DERECHA UBICADA A 3 CC A LA DERECHA DE C 7. SE AFRONTA DEFECTO POR PLANOS CON PROLENE 4.0. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION.

PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.
 CUIDADOS LOCALES
 RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS
 CONTROL CON REPORTE DE PATOLOGIA.

Tejidos Enviados A Anatomia Patologica

LESION MELANOCITICA PIEL DORSAL SUPERIOR DERECHA.

AUTORIZACION PRIORITARIA

Ordenes

935 --> 890342 --> CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA /***/

Fecha: 7.07.2020 **Edad** 39 Años
Plantilla 121 **REGISTRO:** NOTAS DE ENFERMERIA **Dx:** 0000 **No Aplica**
Médico CLAUDIAZ CLAUDIA MARGOTH CASTAÑO ZAPA R.M: 31445
Especialidad Auxiliar Tec. Enfermeria

Tipo Impresión Diagnóstica

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

NOTA DE ENFERMERIA

Observaciones

Ingresa pte sexo masculino al servicio en aparentes buenas condiciones generales, con orden autorizada para Reseccion nevus en region dorsal

Se explica procedimiento al paciente quien firma consentimiento informado y autoriza realizarlo, Se observa sitio a intervenir con piel integra ,Previa asepsia y antisepsia se colabora a la Dra Julia Ines Mesa Villegas para toma de muestra, infiltra con xilocaina al 2% con Epinefrina lote 90041 fv 12/2020 , extrae muestra, sutura con premilne 4/0, se aplica acido fucidico fv 09/21 lote 90ce123c se cubre con gasa + micropore, se da educacion en signos de alarma para consultar como enrojecimiento, salida de algún material, mal olor. Se entrega muestra para llevar a patologia (un frascos), debidamente rotula con soporte de historia clinica para tramite con la eps ,procedimiento sin complicaciones Retiro de sutura en 8 dias Sale paciente del servicio refiriendo sentirse bien despues de la atencion prestada previa programacion del procedimiento se le hace cuestionario sintomas covid -19

Nit: 890.806.490-5
 Dir: Carrera 25 Calle 50 Esquina Mani
 Tel: 8783430

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 1.01.2018 Al: 13.10.2020

SUCURSAL O SAB: CONSU CONFA - IPS BASICA SURA

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: CC - 75094741
AFILIACION: 75094741-00 **SEXO:** Masculino **EDAD:** 40 Años
NOMBRE: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ

Fecha: 5.10.2020 **Edad:** 40 Años
Plantilla: 350 **TELECONSULTA** **Dx:** D229 **Nevo melanocitico. sitio no especificado**
Médico: JULIAMV **JULIA INÉS MESA VILLEGAS** **R.M:** 15575/0091 **Tipo:** Confirmado Nuevo
Especialidad: Dermatólogo



DESCRIPCION	INFORMACIÓN
Motivo De Consulta	Control SURA PAC. Se le brinda información del alcance de la Consulta telefónica/videollamada (no presencial) que se ofrece como alternativa a la cita presencial, dadas las condiciones actuales de la pandemia COVID a nivel nacional. A través de esta atención se indagará el motivo de consulta y los síntomas para su respectivo análisis, en la medida en que sea posible desde este tipo de atención para establecer un diagnóstico, prescribir recomendaciones y tratamiento a seguir. En ningún caso, este servicio reemplaza la atención presencial y es posible que, tras el análisis de su estado de salud, se recomiende acudir a un servicio presencial, para lo cual se le brindarán las indicaciones pertinentes. Dada esta información el paciente / acudiente* acepta o no acepta la atención telefónica y entiende el alcance de esta.
Enfermedad Actual	Control con reporte de estudios de patología: Patología: Q20-8832 Piel dorso superior derecho – biopsia escisional Nevus displasico de Clark. En vista de antecedentes recomiendan realizar inmunohistoquímica complementaria. Reporte de Inmunohistoquímica: IN20-589 Piel dorso superior derecho – biopsia Escisional Nevus melanocítico displásico de Clark. Paciente comenta que sitio de biopsia sanó sin dificultad Refiere prurito en cicatriz región lumbar y nota nuevos lunares, por ello ya pidió cita presencial para fin de mes.
Antecedentes	Anotados. Incluye melanoma superficial tratado con cirugía en región lumbar. Estudios hasta la fecha negativos para enfermedad.
Revision x Sistemas	No refiere
Conducta	Dx: 1. Piel dorsal superior derecha: nevus melanocítico displásico de Clark. Se explica naturaleza benigna de la lesión.
Recomendaciones	Pendiente valoración presencial este mes (cita ya solicitada por el paciente)



Señores
ONCÓLOGOS DE OCCIDENTE
MANIZALES – CALDAS -
E. S. M

Referencia: DERECHO DE PETICIÓN DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
Solicitante: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Paciente: JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ

JULIÁN ALBERTO CUADRADO LUENGAS, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.088.319.072 de Pereira (Risaralda), en mi calidad de Representante Legal de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, conforme certificado que se anexa, por medio del presente documento, y al amparo del artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, y los artículos 13 y siguientes del CPACA, me permito elevar **DERECHO DE PETICIÓN DE SOLICITUD DE DOCUMENTOS**, con base en los siguientes:

HECHOS

1. Entre Seguros de Vida Suramericana S.A. y el señor Jaime Andrés Marín Martínez, identificado con cédula de ciudadanía No. 75.094.741, se celebró un contrato de seguro de vida, con varios amparos adicionales al básico.
2. El mencionado señor Marín, al momento de la suscripción del contrato, autorizó expresamente y por escrito, a las diferentes IPS para entregar a Seguros de Vida Suramericana S.A., su historia clínica, a efectos de definir las reclamaciones a que hubiera lugar, con ocasión del mentado seguro.
3. El señor Jaime Andrés, elevó solicitud indemnizatoria ante la compañía que represento, pretendiendo la afectación de uno de los amparos accesorios allí convenidos, aportando para tal fin, algunas hojas de su historial médico, entre ellas, algunas correspondientes a Oncólogos de Occidente.
4. Con la intención de realizar un cuidadoso estudio de las peticiones elevadas por el asegurado, se requiere indispensablemente conocer de primera mano su historial clínico completo, de manera que se pueda definir conforme sus verdaderas condiciones de salud y con total apego a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico.

PETICIÓN

Con base en todo lo narrado, de manera respetuosa, y teniendo en cuenta que el señor Jaime Andrés Marín Martínez autorizó de forma expresa la consecución de su historial clínico, se solicita:

1. A costa de Seguros de Vida Suramericana S.A., se haga llegar copia de la historia clínica íntegra del señor Jaime Andrés Marín Martínez, identificado con cédula 75.094.741; preferiblemente en medio digital.

FUNDAMENTOS LEGALES

La petición contenida en este escrito se eleva al amparo de lo contemplado en el artículo 23 de la Constitución Política, el cual dispone: *“Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales”*.

De la misma manera, al amparo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, así:

“Artículo 13. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma.

*Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, **requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos**, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.*

El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores en relación a las entidades dedicadas a su protección o formación.

Artículo 14. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. **Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción.** Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción. PARÁGRAFO. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.” (Negrillas fuera de texto).

Finalmente, al tenor de lo contemplado en el artículo 13 de la Resolución 1995 de 1.999, que reza: “La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes”

ANEXOS

Al presente derecho de petición, se anexan:

1. Copia del documento a través del cual, desde el día 23 de abril de 2.018, el señor Marín Martínez autorizó a la empresa que represento, la consecución de su historial clínico, o lo que es lo mismo, a las diferentes IPS, para entregar su historia clínica a la aseguradora, a efectos de validar su estado de salud.
2. Certificado que da cuenta de la representación legal de Seguros de Vida Suramericana S.A.

NOTIFICACIONES

Se solicita remitir cualquier respuesta a los siguientes correos electrónicos

jcuadrado@sura.com.co
arodriguez@sura.com.co
atenasestudiojuridico@outlook.com

Atentamente,



JULIÁN ALBERTO CUADRADO LUENGAS
C.C 1.088.319.072 de Pereira
Representante Legal Seguros de Vida Suramericana S.A.

Sucursal RAMO: 081
Manizales PÓLIZA: 081004049242
RECIBO: 42859060
RIESGO: 75094741



FIRMA CLIENTE UNIFICADO

DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA SUCURSAL

Ramo 081 Póliza 081004049242 Recibo 42859060

Fecha Diligenciamiento 23 04 2018

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD ELECTRÓNICA DE SEGURO

Garantizo que la información suministrada por mí y consignada en la solicitud electrónica número 8387581 Ramo 081, así como en el Formulario de Conocimiento del Cliente SARLAFT(1) diligenciados el día 25 de 04 de 2018, es en todas sus partes cierta, y la misma hará parte integral del contrato de seguro. Este documento servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición de la póliza.

Garantizo que gozo de buena salud y en cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier IPS o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre, aun después de fallecido, a Suramericana, copia de mi historia clínica o de cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a esta(2). Así mismo, que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de consultar, reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Además me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

Autorizo voluntariamente que la información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA S.A me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

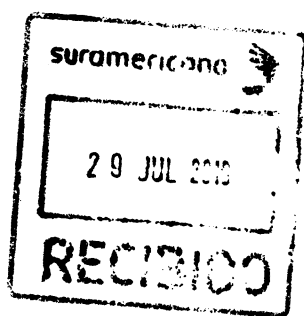
Autorizo a Suramericana a descontar de la cuenta bancaria que para el efecto señale, los pagos por concepto de primas a mi cargo.

Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

Marque tipo de operación: Negocio nuevo Modificación (Valorable o no valorable)
Marque clase de cliente: Tomador Asegurado

X Jaime Andrés Martín H
Nombre del cliente
CC./Nit. 75094741

X [Firma manuscrita]
Firma del cliente



[Firma manuscrita] 11490.
Firma y código del asesor

Manizales
Ciudad

Si el titular de la cuenta bancaria es diferente al tomador, favor diligenciar:

Nombre del titular de la cuenta bancaria Firma del titular de la cuenta bancaria Huella

ÁREA EXCLUSIVA SELLO

1. En caso en que el tomador sea una persona jurídica debe aportar la firma y huella del Representante Legal.
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. pudiendo emplear la sigla "Seguros de Vida SURA"

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

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 2381 del 04 de agosto de 1947 de la Notaría 3 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). bajo la denominación de COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1502 del 15 de septiembre de 1997 de la Notaría 14 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Se protocolizó el acto de escisión de la COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A., la cual segrega una parte de su patrimonio con destino a la constitución de la sociedad denominada "PORTAFOLIO DE INVERSIONES SURAMERICANA S.A."

Resolución S.F.C. No 2197 del 01 de diciembre de 2006 La Superintendencia Financiera aprueba la escisión de la Compañía Suramericana de Seguros S.A., la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. y la Compañía Suramericana de Capitalización S.A., constituyendo la sociedad beneficiaria "Sociedad Inversionista Anónima S.A.", la cual no estará sujeta a la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, protocolizada mediante Escritura Pública 2166 del 15 de diciembre de 2006 notaria 14 de Medellín, aclarada mediante Escritura Pública 0339 del 02 de marzo de 2007 Notaria 14 de Medellín

Resolución S.F.C. No 0810 del 04 de junio de 2007 por medio de la cual la Superintendencia Financiera aprueba la cesión de activos, pasivos, contratos y de cartera de seguros de la Compañía Agrícola de Seguros S.A. y de la Compañía Agrícola de Seguros de Vida S.A. a favor de la Compañía Suramericana de Seguros S.A., la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. y de la Compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida S.A. SURATEP.

Escritura Pública No 0821 del 13 de mayo de 2009 de la Notaría 14 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Cambia su razón social de COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A. por la de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Escritura Pública No 35 del 22 de enero de 2018 de la Notaría 14 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Cambia su razón social de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. por la de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., pudiendo emplear la sigla "Seguros de Vida SURA"

Resolución S.F.C. No 01753 del 10 de diciembre de 2018 ,por medio de la cual la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Seguros de Vida Suramericana S.A. y Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No. 5116 del 17 de diciembre de 2018, Notaría 25 de Medellín.

Resolución S.F.C. No 0440 del 04 de mayo de 2020 , por la cual se aprueba la escisión parcial de Seguros de Vida Suramericana S.A. Entidad Escidente y Suramericana S.A. es una sociedad inscrita y un emisor de valores Entidad Beneficiaria.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 806 del 26 de septiembre de 1947



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

REPRESENTACIÓN LEGAL: REPRESENTACIÓN LEGAL: La representación legal de la Sociedad será múltiple y la gestión de los negocios sociales estará simultáneamente a cargo de un Presidente, de uno o más Vicepresidentes, del Gerente de Vida y Rentas, del Gerente de Inversiones y Tesorería, y del Secretario General, según lo defina la Junta Directiva, quienes podrán actuar conjunta o separadamente. Para efectos exclusivos de representar a la Sociedad en las gestiones relacionadas con el ramo de riesgos laborales, tendrán también la calidad de representantes legales el Gerente de Producto ARL, el Gerente de Operaciones ARL y el Gerente Técnico ARL, quienes serán designados por la Junta Directiva y podrán actuar de manera conjunta o separada. Igualmente, se elegirán uno o más Gerentes Regionales, que serán nombrados por la Junta Directiva en cualquier tiempo y ejercerán la representación legal de la Sociedad de acuerdo con los poderes que les confiera el Presidente, alguno de los Vicepresidentes, el Secretario General, el Gerente de Producto ARL, el Gerente de Operaciones ARL o el Gerente Técnico ARL, según corresponda. Los Gerentes Regionales tendrán bajo su responsabilidad administrativa una o más sucursales, y corresponde a la Junta Directiva determinar el territorio en el cual ejercerán su jurisdicción y la sucursal o sucursales que quedarán bajo su dependencia administrativa. Todos los empleados de la Sociedad, a excepción del Auditor Interno y de los dependientes de éste, si los hubiere, están subordinados al Presidente en el desempeño de sus cargos.

PARÁGRAFOS. Para efectos de la representación legal judicial de la Sociedad, tendrá igualmente la calidad de representante Legal el Gerente de Asuntos Legales o su suplente, así como los abogados que para tal fin designe la Junta Directiva, quienes representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, y/o con funciones administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado, así mismo, los representantes legales judiciales podrán otorgar poder a abogados externos para representar a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas y/o con funciones administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado.

DESIGNACIÓN: Los representantes legales serán designados por la Junta Directiva y serán removibles por ella en cualquier tiempo.

FUNCIONES: Son funciones de los representantes legales: (A) Representar legalmente la Sociedad y tener a su cargo la inmediata dirección y administración de sus negocios. (B) Ejecutar y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. (C) Celebrar en nombre de la Sociedad todos los actos o contratos relacionados con su objeto social. (D) Nombrar y remover libremente a los empleados de sus dependencias, así como a los demás que le corresponda nombrar y remover en ejercicio de la delegación de funciones que pueda hacerle la Junta Directiva. (E) Adoptar las medidas necesarias para la debida conservación de los bienes sociales y para el adecuado recaudo y aplicación de sus fondos. (F) Citar a la Junta Directiva cuando lo considere necesario o conveniente, y mantener adecuada y oportunamente informada sobre la marcha de los negocios sociales; someter a su consideración los estados financieros de prueba y suministrarle todos los informes que ella le solicite en relación con la Sociedad y con sus actividades. (G) Presentar a la Asamblea General de Accionistas anualmente, en su reunión ordinaria, los estados financieros de fin de ejercicio, junto con los informes y proyecto de distribución de utilidades y demás detalles e informaciones especiales exigidos por la ley, previo el estudio, consideraciones y aprobación inicial de la Junta Directiva. (H) Someter a aprobación de la Junta Directiva, en coordinación con el oficial de cumplimiento, el manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT y sus actualizaciones. (I) Las demás que le corresponden de acuerdo con la ley y estos Estatutos.

FACULTADES: Los Representantes Legales están facultados para celebrar o ejecutar, sin otra limitación que la establecida en los Estatutos en cuanto se trate de operaciones que deban ser previamente autorizadas por la Junta Directiva, o por la Asamblea General de Accionistas, todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social, o que tengan el carácter simplemente preparatorio, accesorio o complementario para la realización de los fines que la Sociedad persigue, y los que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la Sociedad. Los Representantes Legales podrán transigir, comprometer y arbitrar los negocios sociales, promover acciones judiciales e interponer todos los recursos que fueren procedentes conforme a la ley, recibir, sustituir, adquirir, otorgar y renovar obligaciones y créditos, dar o recibir bienes en pago; constituir apoderados o extrajudiciales y delegar facultades, otorgar mandatos y sustituciones con la limitación que se desprende de estos Estatutos. La Sociedad tendrá un Secretario General que será propuesto por el Presidente de la Sociedad y nombrado por la Junta Directiva, el cual será a su vez el Secretario de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités. En ausencia absolutas, temporales, o accidentales, la Junta Directiva, la Alta Gerencia o los miembros de los Comités podrán designar



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

un Secretario Ad Hoc para ejercer una o varias de las funciones del Secretario General en su ausencia. El Secretario Ad Hoc no tendrá representación legal; excepto si la misma ha sido otorgada de acuerdo con lo establecido en los presentes Estatutos. El secretario General no podrá ser miembro de la Junta Directiva. FUNCIONES: Además de las funciones de carácter especial que le sean asignadas por la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, o por la Alta Gerencia, el Secretario General tendrá las siguientes funciones y responsabilidades: (J) La Representación legal de la Sociedad. (K) Llevar conforme a la ley, los libros de actas de Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de los Comités de Junta, y autorizar con su firma las copias y extractos que de ellas se expidan. (L) Llevar a cabo la expedición y refrendación de títulos de acciones, así como la inscripción de actos o documentos en el libro de registro de acciones. (M) Comunicar las convocatorias para las reuniones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités. (N) Asistir a las reuniones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités. (O) Coordinar la organización de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de sus respectivos Comités, de conformidad con lo establecido en la ley y en estos Estatutos. (P) Coordinar la preparación del orden del día de las reuniones. (Q) Apoyar al Presidente de la Junta Directiva con el suministro de la información a los miembros de Junta Directiva de manera oportuna y en debida forma. (R) Asegurarse que las decisiones adoptadas en la Asamblea General de Accionistas, en la Junta Directiva y en sus respectivos Comités, efectivamente se incorporen en las respectivas actas. (S) Dirigir la administración de documentos y archivo de la secretaría general de la Sociedad, y velar por la custodia y conservación de los libros, escrituras, títulos, comprobantes y demás documentos que se le confien. (T) Gestionar, archivar y custodiar la información confidencial de la Sociedad. (U) Atender las consultas y/o reclamos que se presenten por parte de los accionistas, autoridades y demás grupos de interés, para lo cual contará con personal calificado. (V) Ser el puente de comunicación entre los accionistas y los Administradores, o entre estos últimos y la Sociedad. (W) Velar por la legalidad formal de las actuaciones de la Asamblea General de Accionistas y Junta Directiva, y garantizar que sus procedimientos y reglas de gobierno sean respetados y regularmente revisados, de acuerdo con lo previsto en los presentes Estatutos y la normatividad vigente. (X) Las demás que le asigne la Junta Directiva. (Escritura Pública 5116 del 17/12/2018 Notaría 25 de Medellín)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Juan David Escobar Franco Fecha de inicio del cargo: 05/02/2016	CC - 98549058	Presidente
Luis Guillermo Gutiérrez Londoño Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 98537472	Representante Legal en Calidad de Vicepresidente
Patricia Del Pilar Jaramillo Salgado Fecha de inicio del cargo: 21/06/2018	CC - 51910417	Secretario General
Carlos Alberto González Posada Fecha de inicio del cargo: 07/04/2016	CC - 71697585	Vicepresidente de Seguros
Paula Veruska Ruiz Marquez Fecha de inicio del cargo: 14/04/2016	CC - 52413095	Gerente Regional Bogotá
Julian Fernando Vernaza Alhach Fecha de inicio del cargo: 21/10/2004	CC - 19485228	Gerente Regional Cali
Ana María Restrepo Mejía Fecha de inicio del cargo: 14/04/2016	CC - 43259475	Representante Legal Judicial
Natalia Andrea Infante Navarro Fecha de inicio del cargo: 01/11/2016	CC - 1037602583	Representante Legal Judicial
Maria Alejandra Zapata Pereira Fecha de inicio del cargo: 01/11/2016	CC - 1151935338	Representante Legal Judicial
Andrea Sierra Amado Fecha de inicio del cargo: 14/04/2016	CC - 1140824269	Representante Legal Judicial



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Diego Andres Avendaño Castillo Fecha de inicio del cargo: 10/02/2014	CC - 74380936	Representante Legal Judicial
Ana Maria Rodríguez Agudelo Fecha de inicio del cargo: 10/04/2012	CC - 1097034007	Representante Legal Judicial
Carolina Sierra Vega Fecha de inicio del cargo: 29/05/2020	CC - 43157828	Representante Legal Judicial
María Del Pilar Vallejo Barrera Fecha de inicio del cargo: 01/07/2004	CC - 51764113	Representante Legal Judicial
Angela Marcela Carmona Mesa Fecha de inicio del cargo: 19/08/2004	CC - 42879391	Representante Legal Judicial
Marisol Restrepo Henao Fecha de inicio del cargo: 05/04/2020	CC - 43067974	Representante Legal Judicial
July Natalia Gaona Prada Fecha de inicio del cargo: 05/02/2020	CC - 63558966	Representante Legal Judicial
Juan Diego Maya Duque Fecha de inicio del cargo: 12/11/2019	CC - 71774079	Representante Legal Judicial
Natalia Alejandra Mendoza Barrios Fecha de inicio del cargo: 15/02/2019	CC - 1143139825	Representante Legal Judicial
Carlos Augusto Moncada Prada Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 91535718	Representante Legal Judicial
Allan Iván Gómez Barreto Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 79794741	Representante Legal Judicial
Juan Carlos Gómez Castaño Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 71261933	Representante Legal Judicial
Ana Isabel Mejía Mazo Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 43627601	Representante Legal Judicial
Iván Alberto Llanos Del Castillo Fecha de inicio del cargo: 12/02/2019	CC - 1129567635	Representante Legal Judicial
Lina Maria Angulo Gallego Fecha de inicio del cargo: 19/12/2018	CC - 67002356	Representante Legal Judicial
Mariana Castro Echavarría Fecha de inicio del cargo: 19/12/2018	CC - 1037622690	Representante Legal Judicial
Diana Carolina Gutiérrez Arango Fecha de inicio del cargo: 26/09/2018	CC - 1010173412	Representante Legal Judicial
Lina Marcela García Villegas Fecha de inicio del cargo: 06/06/2018	CC - 1128271996	Representante Legal Judicial
José Libardo Cruz Bermeo Fecha de inicio del cargo: 16/03/2017	CC - 71387502	Representante Legal Judicial
David Ricardo Gómez Restrepo Fecha de inicio del cargo: 20/04/2017	CC - 1037607179	Representante Legal Judicial
Maria Teresa Ospina Caro Fecha de inicio del cargo: 20/04/2017	CC - 44000661	Representante Legal Judicial
Julián Alberto Cuadrado Luengas Fecha de inicio del cargo: 02/11/2017	CC - 1088319072	Representante Legal Judicial



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Harry Alberto Montoya Fernandez Fecha de inicio del cargo: 22/02/2018	CC - 1128276315	Representante Legal Judicial
Javier Ignacio Wolff Cano Fecha de inicio del cargo: 07/03/2013	CC - 71684969	Gerente Regional Eje Cafetero
Rafael Enrique Diaz Granados Nader Fecha de inicio del cargo: 20/02/2012	CC - 72201681	Gerente Regional Zona Norte
Luz Marina Velásquez Vallejo Fecha de inicio del cargo: 02/05/2019	CC - 43584279	Vicepresidente de Talento Humano
Melisa González González Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 1128273241	Gerente de Inversiones y Tesorería
Carolina Mesa Herrera Fecha de inicio del cargo: 21/06/2018	CC - 43156430	Gerente de Vida y Rentas
José Libardo Cruz Bermeo Fecha de inicio del cargo: 22/01/2018	CC - 71387502	Gerente de Asuntos Legales Suplente
Patricia Del Pilar Jaramillo Salgado Fecha de inicio del cargo: 22/01/2018	CC - 51910417	Gerente de Asuntos Legales
Richard Gandur Jacome Fecha de inicio del cargo: 28/02/2019	CC - 88139732	Gerente ARL Regional Norte
Jorge Alejandro Mejía Velásquez Fecha de inicio del cargo: 28/02/2019	CC - 71578793	Gerente de Operaciones ARL
Iván Ignacio Zuloaga Latorre Fecha de inicio del cargo: 07/03/2019	CC - 98550799	Gerente de Producto ARL
Gema Cecilia Uribe Vélez Fecha de inicio del cargo: 28/03/2019	CC - 43087200	Gerente Técnico ARL
María Eugenia Osorno Palacio Fecha de inicio del cargo: 28/03/2019	CC - 42785795	Gerente ARL Regional Antioquia
Daria Cecilia Rivero Acevedo Fecha de inicio del cargo: 28/03/2019	CC - 51767894	Gerente ARL Regional Centro
Mauricio Alvarez Gallo Fecha de inicio del cargo: 01/08/2019	CC - 10131025	Gerente ARL Regional Occidente

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Accidentes personales, colectivo vida, salud, vida grupo, vida individual. con Resolución S.F.C. Nro. 1419 del 24/08/2011 : se revoca la autorización concedida a Seguros de Vida Suramericana S.A., para operar el ramo de seguro Colectivo de Vida

Resolución S.B. No 1320 del 29 de abril de 1993 exequias

Resolución S.B. No 785 del 29 de abril de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1129 del 14 de junio de 1994 seguro de pensiones ley 100

Resolución S.B. No 685 del 02 de junio de 1998 pensiones de jubilación mediante circular externa 052 de 20 de diciembre de 2002 el ramo de pensiones de jubilación, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias

Resolución S.B. No 999 del 30 de junio de 1999 grupo educativo, con resolución 0638 del 26/03/2010 se revoca la autorización concedida mediante resolución 0999 del 30 de junio de 2009 para operar el ramo de seguro educativo.

Resolución S.B. No 1127 del 02 de octubre de 2002 enfermedades de alto costo

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8120570414777961

Generado el 08 de octubre de 2020 a las 12:19:14


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

Resolución S.B. No 129 del 16 de febrero de 2004 formaliza la autorización a Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., para operar el ramo de seguro de Pensiones con Conmutación Pensional a partir del 23 de diciembre de 2002, fecha de entrada en vigencia de la Circular Externa 052 de diciembre 20 de 2002, así como la utilización del modelo de la póliza de Seguro de Pensiones con Conmutación Pensional enviadas por la compañía a esta Entidad.

Resolución S.F.C. No 1535 del 13 de septiembre de 2011 autoriza operar ramo de desempleo

Resolución S.B. No 0557 del 17 de abril de 2012 autoriza operar el ramo de rentas voluntarias

Escritura Pública No 5116 del 17 de diciembre de 2018 de la Notaría 15 de MEDELLIN (ANTIOQUIA). Como consecuencia de la absorción de Seguros de Riesgos Labores Suramericana S.A."ARL Sura", asume el ramo autorizado mediante Resolución 3241 del 29 de diciembre de 1995: Riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales)



**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."





ONCÓLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S

NIT 801.000.713-9



Manizales, Caldas, 09 de octubre de 2020

Señor

JULIÁN ALBERTO CUADRADO LUENGAS

Representante Legal Judicial

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Correo electrónico: jcuadrado@sura.com.co

REFERENCIA: SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

ASUNTO: RESPUESTA

LUISA FERNANDA RICO FRANCO, mayor de edad y vecina de Armenia, Quindío, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.094.923.751 de Armenia y portadora de la tarjeta profesional No. 256.894 del C.S. de la J. En mi calidad de abogada externa y encontrándome dentro del término legal para hacerlo, me permito dar respuesta a la petición instaurada por usted donde solicita la historia clínica del señor JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 75.094.741, por tanto, una vez verificado el cumplimiento de requisitos exigidos por la normatividad vigente, nos permitimos hacer entrega de la Historia Clínica requerida la cual se adjunta con la presente.

Igualmente cabe Advertir que, pese a que acredita el cumplimiento de los requisitos para hacer entrega de la Historia Clínica, no podrá hacer públicos datos de la misma que afecten la intimidad o el buen nombre de su titular, ya que el respeto por el derecho a la intimidad exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no es posible hacer circular los datos obtenidos cuando estos comprometan la intimidad, la honra o el buen nombre del señor JAIME ANDRÉS MARÍN MARTÍNEZ y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud. .

Quedo atenta a absolver cualquier inquietud de su parte.

Atentamente,

LUISA FERNANDA RICO FRANCO

T.P. No. 256.894 del C.S. de la J.

C.C. No. 1.094.923.751 de Armenia.

PEREIRA

Av. Circunvalar N° 1-46
FAX 3314488
Clínica de Alta Tecnología
Maraya
Cll 50 N° 13-10
3310712

MANIZALES

Sede San Marcel
Calle 92 N° 29-75
Hospital Universitario Infantil
Calle 48 N° 25-71
8933440 - 8742494
FAX 8742496

ARMENIA

Sede Ppal - Av. Centenario
Cra. 6A N° 2-63
7383100 - FAX 7456300
Hospital San Juan de Dios
4° piso

CARTAGO

Cra 2 # 23-12
Barrio Milán
2144646



ONCÓLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S

NIT. 801.000.713-9

CALLE 92 # 29 - 75, BARRIO SAN MARCEL

PBX: 8933440 - Citas: 8933441

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA



PACIENTE

Nombre: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ	Historia Clínica No:000000075094741
Género: MASCULINO	Fecha de Nacimiento:domingo, 27 de julio de 1980
Edad: 38 Año(s)	
Identificación: Propiedad: PROPIA	Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Número: 75094741	
Residencia: Dirección: CALLE 49 B N 34 D 85	Ciudad: MANIZALES (CALDAS)Teléfono(s): 3234906327, 3122793636
Seguridad Social: Entidad: EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	
Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Tipo de Usuario: REGIMEN CONTRIBUTIVO
	Plan: POS

Fecha de Atención: martes, 27 de noviembre de 2018 a las 12:15

HC No:000000075094741

Sede de Atención: ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE - MANIZALES (CALDAS) - SAN MARCEL

Signos Vitales:

NOTA DE PRIMERA VEZ ADULTOS

Enfermedad Actual	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Presión Arterial
72.00	18.00	36.00	120.00/70.00

Paciente de profesion Enfermero en sala de hemodinamia-, refiere cuadro de variso años con nevus multiples pero en ultima reseccion encontraron un nevus dominante " en forma de huevo a niveld e region lumbar baja izuquierda " (el paciente desconoce tiempo de aparicion pues no se lo habia visto) biopsia excisional realizada 23 /02/2018- Reporte de patología ICP Q18-3448 22/03/2018 Diagnostico d emelanoma invasor, Breslow 0,65..,Nivel de Clark II, indicte mitoico 1/mm2, infiltrados intratumorales presentes, sin evidencia d einvasion linfovascular ni satelitosis, tamoco perineural. El reporte tiene una nota donde dicen " s ertata de unba leison dificil , muy inusual , el diagnostico es con el nevus de Spitz Pagetoide POsterior ampliaicon d ebordes 2 x 0,6 mm ICP sin comprmiso tumoral

Antecedentes Patologicos

Quirurgicos: safanectomia dercha enero de 2018 , EVDA abril de 2018 gastritis en manejo ocn meprazol

Antecedentes Patologicos Familiares

Abuelo " tumor de faringe", padre revascularizacin miocardica a los 57 años

Antecedentes Ginecoobstetricos

Examen Fisico

Aparente buen estado normocfealo, organos de los sentidos sin oatlogia, cuello sin adenopatas ni ingurgitacion, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, abdomen sin masas ni megalias, no edemas piel: blanca con multiples nevus, diaatriz de 2 cm en region lumbar izuquierda de aspecto sano

Estudios Complementarios

Reporte de patología ICP Q18-3448 Diagnostico d emelanoma invasor, Breslow 0,65..,Nivel de Clark II, indicte mitoico 1/mm2, infiltrados intratumorales presentes, sin evidencia d einvasion linfovascular ni satelitosis, tamoco perineural. El reporte tiene una nota donde dicen " s ertata de unba leison dificil , muy inusual , el diagnostico es con el nevus de Spitz Pagetoide POsterior ampliaicon d ebordes 2 x 0,6 mm ICP sin comprmiso tumoral

-ECO abdomen 28/08/2018: esteatosis hepatica, prostata limitrofe

Rx torax normal

_TGP 30, TGO 18

Plan Tratamiento

Paciente con lesion reseca a nivel de piel de regiuon lumbar, reporte d epatología sugiere INH pero con disgnostico diferencial de nevus de Spitz Pagetoide , requiere estudio de INH para confromar Melanoma, control con reporte . SE indica seguimiento por dermatolgia uso de protector solar , recomendaicones y signos dealarma controles por dermatolgia



ONCÓLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S

NIT. 801.000.713-9

CALLE 92 # 29 - 75, BARRIO SAN MARCEL

PBX: 8933440 - Citas: 8933441

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA



PACIENTE

Nombre: JAI ME ANDRES MARIN MARTINEZ	Historia Clínica No:000000075094741
Género: MASCULINO	Fecha de Nacimiento:domingo, 27 de julio de 1980
Edad: 38 Año(s)	
Identificación: Propiedad: PROPIA	Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Número: 75094741	
Residencia: Dirección: CALLE 49 B N 34 D 85	Ciudad: MANIZALES (CALDAS)Teléfono(s): 3234906327, 3122793636
Seguridad Social: Entidad: EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	
Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Tipo de Usuario: REGIMEN CONTRIBUTIVO
	Plan: POS

Fecha de Atención: lunes, 20 de mayo de 2019 a las 12:12

HC No:000000075094741

Sede de Atención: ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE - MANIZALES (CALDAS) - SAN MARCEL

Signos Vitales: NOTA DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO ADULTOS

Subjetiva	Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Presión Arterial
0.00		0.00	0.00	0.00/0.00

Pacietne de 38 años con diagnsotico de melanoma maligno invasor Breslow 0.6mms Clark II, ki 67 5%, resecao en 22/03/18 y ampliacion de bordes octubre de 2018 . Sin datos de recurrencia.

Objetivo

Aparente buen estado normocfealo, organos de los sentidos sin oatlogia, cuello sin adenopatias ni ingurgitacion, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, abdomen sin masas ni megalias, no edemas piel: blanca con multiples nevus, ciatriz de 2 cm en region lumbar izuqjerda de aspecto sano

Analisis

PAceinte con diagnosticod Melanoma maligno invasor de bajo riesgo de recurrencia el cual ebe continaur en vigialcni oncologica, en el momento se senvia a valroacion por dermeatologia oncologica y se cita en 6 meses de control
Se indica autoexploracion.

Plan Tratamiento

cita de control en 6 meses

Fecha de Atención: martes, 14 de julio de 2020 a las 14:20

HC No:000000075094741

Sede de Atención: ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE - MANIZALES (CALDAS) - SAN MARCEL

Signos Vitales: NOTA DE EVOLUCION TELEMEDICINA

Comunicado	Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Presión Arterial
0.00		0.00	0.00	0.00/0.00

Como consecuencia de la emergencia ocasionada por el COVID 19, y con el ánimo de proteger a nuestros pacientes con inmunosupresión real o potencial, quienes tienen alto riesgo de contraer el virus y desarrollar complicaciones asociadas, dentro de las medidas establecidas para mayor cuidado y prevención de la población que atendemos en Oncólogos del Occidente, hemos protocolizado la modalidad de tele consulta para la atención de nuestros pacientes.

Teniendo en cuenta la valoración del riesgo – beneficio, encontramos mayores ventajas en la tele consulta sobre la presencialidad del paciente previo análisis realizado por el especialista tratante.

Una vez explicada esta situación al paciente, éste manifiesta que ha entendido las razones por las cuales puede y debe ser atendido en tele consulta y manifiesta que acepta esta modalidad de atención



ONCÓLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S

NIT. 801.000.713-9

CALLE 92 # 29 - 75, BARRIO SAN MARCEL

PBX: 8933440 - Citas: 8933441

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA



PACIENTE

Nombre: JAIME ANDRES MARIN MARTINEZ	Historia Clínica No:000000075094741
Género: MASCULINO	Fecha de Nacimiento:domingo, 27 de julio de 1980
Edad: 38 Año(s)	
Identificación: Propiedad: PROPIA	Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Número: 75094741	
Residencia: Dirección: CALLE 49 B N 34 D 85	Ciudad: MANIZALES (CALDAS)Teléfono(s): 3234906327, 3122793636
Seguridad Social: Entidad: EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	
Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Tipo de Usuario: REGIMEN CONTRIBUTIVO
	Plan: POS

Subjetivo

Pacietne de 38 años con diagnsotico de melanoma maligno invasor Breslow 0.6mms Clark II, ki 67 5%, reseado en 22/03/18 y ampliacion de bordes octubre de 2018 . Sin datos de recurrencia. en vigilancia por dermatologia

Objetivo

no se realiza por ser telemedicina

Analisis

PAciente con diagnosticod Melanoma maligno invasor de bajo riesgo de recurrencia el cual ebe continaur en vigialcna oncologica, continua en seguimiento por dermatologia valroacion oncologica y se cita en 6 meses de control Se indica autoexploracion.

Plan Tratamiento

cita de control en 6 meses o antes encaso de requerirlo

ESTEBAN DEL OLMO GIL
CC: 1153463449 REG:1153463449
ONCOLOGO

LILIANA MARIA GONZALEZ HENAO
CC: 30311962 REG:15142
MEDICO GENERAL

DIEGO EMILIO LOPERA CORTES
CC: 7556433 REG:15991
HEMATOLOGO Y ONCOLOGO CLINICO