

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO: 2023106247
EXPEDIENTE: 2023-4852
DEMANDANTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: RESPUESTA A REQUERIMIENTO OFICIOSO DE PRUEBAS

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** tal como consta en el poder que obra en el expediente y que se aporta nuevamente, sociedad legalmente constituida, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar la **RESPUESTA AL REQUERIMIENTO OFICIOSO DE PRUEBAS** dentro de la acción de protección promovida por el señor Alexis Torres Muñoz en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA, en los siguientes términos:

A continuación, se remiten los documentales que fueron requeridos por esta Superintendencia:

REQUERIMIENTO 1: Copia integral de la póliza de seguro objeto del litigio, junto con sus condiciones particulares y generales; así como la copia de sus certificados individuales de expedición, modificación, renovación y cancelación, acompañados de los respectivos comprobantes de notificación a la tomadora / asegurada demandante, allegando para este propósito copia de los documentos entregados y las constancias de entrega correspondientes.

1. Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242 suscrita por el señor Alexis Torres
2. Solicitud de Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051 suscrita por el señor Alexis Torres
3. Se remite certificación del Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242
4. Se remite certificación del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051 vigente desde el 03 de marzo de 2022 hasta el 03 de marzo de 2023

5. Se remite certificación del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051 vigente desde el 03 de marzo de 2023 hasta el 03 de marzo de 2024
6. Se remite clausulado del Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242
7. Se remite clausulado del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051

REQUERIMIENTO 2: Certificación de la póliza en donde conste las coberturas otorgadas y los valores asegurados y primas recaudadas para la póliza materia del proceso.

1. Se remite certificación del Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242
2. Se remite certificación del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051
3. Se remite movimiento de primas del Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242
4. Se remite movimiento de primas del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051

REQUERIMIENTO 3: Copia de los documentos suscritos por la tomadora / asegurada para la adquisición del contrato de seguro en el que la señora demandante funge como asegurada en el contrato de seguro objeto del litigio.

1. Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242 suscrita por el señor Alexis Torres
2. Solicitud de Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051 suscrita por el señor Alexis Torres

REQUERIMIENTO 4: Copia completa del expediente suscripción de la póliza materia de este proceso.

1. El expediente de suscripción está compuesto por:
 1. Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242 suscrita por el señor Alexis Torres
 2. Solicitud de Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051 suscrita por el señor Alexis Torres
 3. Se remite certificación del Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242
 4. Se remite certificación del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051

5. Se remite movimiento de primas del Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242
6. Se remite movimiento de primas del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051
7. Se remite clausulado del Seguro de Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 9600324242
8. Se remite clausulado del Seguro Familia Vital Individual Número 00130598052292330051

REQUERIMIENTO 5: Copia de las comunicaciones cruzadas con la asegurada hoy demandante.

1. Se remite
 - a. Formato de reclamación
 - b. Comunicación del 9 de octubre de 2022 emitida por BBVA Seguros.
 - c. Reclamación presentada por el señor Alexis Torres
 - d. Comunicación del 11 de septiembre de 2023 emitida por BBVA Seguros.

REQUERIMIENTO 6: Copia completa del expediente de siniestro y/o reclamación, creado con ocasión de la solicitud de la demandante.

1. El expediente de siniestro está compuesto por:
 - a. Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Seguros Alfa
 - b. Formato de reclamación
 - c. Notificación del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral
 - d. Reclamación presentada por el señor Alexis Torres
 - e. Comunicación del 9 de octubre de 2022 emitida por BBVA Seguros.
 - f. Comunicación del 11 de septiembre de 2023 emitida por BBVA Seguros.
 - g. Historia Clínica del señor Alexs Torres

NOTIFICACIONES

Al suscrito en la Carrera calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez. Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.



Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amaros: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2022 / 03 / 03	Oficina Mocoa	Ciudad Mocoa
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde 2022 / 03 / 03
		Vigencia hasta Fin del crédito a las 24 horas

Datos del Asegurado		
Nombres y Apellidos Alexis Torres Muñoz	Identificación 1124857975	Edad 29
Dirección V/ el Paraíso	Teléfono 3127194556	Ciudad Mocoa
Fecha de nacimiento 19/12/1992	Genero F	Ocupación/Profesión Auxiliar de cocina

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)		
Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional	
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado. Medimas	
¿Tiene medicina prepagada o plan como empleado? Si ☐ No ☒ ¿Cuál? 	
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas	

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura 1.78 mts	Peso 80 kg	Notación	
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboembolismo o accidente cerebrovascular, ébola, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?			☒
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			☒
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			☒
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			☒
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			☒
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: 			

* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la pérdida del derecho a cualquier indemnización.

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verídica.

Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio: Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y para el efecto el asegurador podrá exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge o mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episodios o historias clínicas, con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clauseado con las condiciones generales de su póliza estén a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en Mocoa a los 03 días de mes de Marzo de 2022

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea gratuita 018000934020 y en Bogotá 307 80 80

Defensor de Consumidor: Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438355 e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No sujeción a retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)		SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO	Número de Obligación 548 9600324212
Tasa %	Extra Prima		
Prima Mensual \$	Prima Total		



M026300110236205989600324242

VIGILADO POR SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

OPXRES INTROMAR

BBVA

Seguros

SEGURO FAMILIA VITAL



M026300110257705984002415915

SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar acompañada de los documentos y formularios requeridos, sin enmendaduras.

Fecha de Solicitud 2022-03-03	Sucursal Bancaria Mocaa	Ciudad Mocaa
Tomador: Alexis Torres Muñoz		C.C. o NIT: 1124857975
Dirección: VI el Paraíso	Ciudad Mocaa	Teléfono: 3174425109
Asegurado: Alexis Torres Muñoz	Ciudad Mocaa	C.C. o NIT: 1124857975
Dirección: VI el Paraíso	Ciudad Mocaa	Teléfono: 3174425109
Profesión: Auxiliar de Cartera	Género F	Fecha de Nacimiento: 02-06-12
Correo Electrónico: Alexis-torres31@hotmail.com	Edad: 29	Valor Asegurado Vida: \$ 30.000.000
Amparos		Valor Asegurado
Vida Básico		100% del Amparo de Vida
Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e Inutilización		100% del Amparo de Vida
Enfermedades Graves		50% del Amparo de Vida
Asistencia Médica Domiciliaria		Incluido
Periodicidad pago prima: Mensual ☒ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Prima anual \$ 314.400		Prima periódica \$ 26.200
Nombre Asesor: Andrea Meza		Código Asesor C341758
Beneficiarios del Asegurado		
Nombres completos		Parentesco
Sebastian Alexander Torres Buesquillo		Hijo
Marta Celyt Muñoz Cardona		Madre
Jose Ignacio Torres Frustillo		Papa
Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente)		% Participación
Si ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? - Si ☐ No ☒		50 %
Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.		25 %
Año	Ramio	Compartía
		Valor
		Reclamación
		Indemnización

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaración de asegurabilidad

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Rénales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?

Si ☐ No ☒

Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima 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 por ocasión de la expedición del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros o Tarjeta de Crédito No. **598-255131** o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza: Si ☒ No ☐
Edad mínima de Ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 70 años.
Para las Coberturas de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración e Inutilización y Enfermedades Graves, la Edad máxima de Ingreso y Permanencia será hasta un día antes de cumplir 65 años.

Firma del Solicitante

El cláusulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las paginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencie personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Como constancia se aprueba / firma en la ciudad de **Mocaa** el **03** del mes de **Marzo** de **2022**

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Nit. 800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191100

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

OTAPRES 017 000 000 000



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **ALEXIS TORRES MUÑOZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.124.857.975**, adquirió la obligación No. **0013-0598-02-9600324242** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 246 0000009857**, certificado No. **0013-0598-05-4002888137**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$15,927,919.06
Incapacidad total y permanente	\$15,927,919.06

La última prima cobrada fue por \$5.748, correspondiente al periodo del 18/10/2023 al 02/11/2023.

El beneficiario oneroso de la póliza es BBVA Colombia, 100%. La póliza fue formalizada el 18 de octubre del año 2023, actualmente se encuentra vigente.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,



BBVA Seguros de Vida Colombia S.A | Servicio al cliente.

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | clientes@bbvaseguros.com.co

BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

Elaborado por: PAB

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

-Artículo 1068 del Código de Comercio. -Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la ocasión de la expedición de contrato".

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucía Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."

FAMILIA VITAL V2 NO. 00130598052292330051

Emisión Original

Lugar y Fecha: MOCOA 03/03/2022		Sucursal: MOCOA	
Tomador: ALEXIS TORRES MUNOZ		C.C. o NIT: 1.124.857.975	
Dirección: CLL 25 32 01	Ciudad: MOCOA	Teléfono: 3127194556	
Asegurado: ALEXIS TORRES MUNOZ		C.C. o NIT: 1.124.857.975	
Dirección: CLL 25 32 01	Ciudad: MOCOA	Teléfono: 3127194556	
Departamento: PUTUMAYO		Email: ALEXIS-TORRES31@HOTMAIL.COM	
Fecha de Nacimiento: 12/06/1992		Genero: MASCULINO	Edad: 30
Valor Asegurado: \$30.000.000	Vigencia Desde 03/03/2022	DD/MM/AAAA Hasta 03/03/2023	DD/MM/AAAA A las 24:00 Horas No. Días 365
Periodicidad de Pago: MENSUAL			

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
VIDA BÁSICO	\$30.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN	\$30.000.000
ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO)	\$15.000.000
ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL	INCLUIDO
Modo de Pago: CUENTA AHORROS	Prima Anual: \$314,400
Prima Periódica: \$26,200	

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO		
NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	% PARTICIPACION
MARIA EDITH MUNOZ LOZADA	PADRES	25
JOSE IGNACIO TORRES TRUJILLO	PADRES	25
SEBASTIAN ALEXANDER TORRES BUESAQUILLO	HIJOS	50

Nombre de Gestor: YURY ANDREA MEZA ESTRELLA	Código: C341758
--	------------------------

CLAUSULAS

Artículo 1068 del Código de Comercio-Terminación Automática del Contrato de Seguros " La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que 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 por ocasión del la expedición del contrato".

SOLICITO A BBVA SEGUROS RENOVAR AUTOMÁTICAMENTE A SU VENCIMIENTO, LA PRESENTE PÓLIZA, SALVO QUE MEDIE INSTRUCCIÓN EXPRESA EN CONTRARIO

DO 2-1

FIRMA TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT.800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 9 N° 72 21 Piso 8 Teléfono 2191100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

FAMILIA VITAL V2 NO. 00130598052292330051

Renovación

Lugar y Fecha: MOCOA 04/03/2023		Sucursal: MOCOA	
Tomador: ALEXIS TORRES MUNOZ		C.C. o NIT: 1.124.857.975	
Dirección: CLL 25 32 01		Ciudad: MOCOA	
Asegurado: ALEXIS TORRES MUNOZ		Teléfono: 3127194556	
Dirección: CLL 25 32 01		C.C. o NIT: 1.124.857.975	
Departamento: PUTUMAYO		Teléfono: 3127194556	
Email: ALEXIS-TORRES31@HOTMAIL.COM			
Fecha de Nacimiento: 12/06/1992		Edad: 31	
Valor Asegurado: \$33.936.000		Genero: MASCULINO	
Vigencia Desde 03/03/2023		DD/MM/AAAA Hasta 03/03/2024	
		DD/MM/AAAA A las 24:00 Horas	
Periodicidad de Pago: MENSUAL		No. Días 366	

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
VIDA BÁSICO	\$33.936.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN	\$33.936.000
ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO)	\$16.968.000
ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL	INCLUIDO
Modo de Pago: CUENTA AHORROS	Prima Anual: \$325,228
Prima Periódica: \$27,102	

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO		
NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	% PARTICIPACION
MARIA EDITH MUNOZ LOZADA	PADRES	25
JOSE IGNACIO TORRES TRUJILLO	PADRES	25
SEBASTIAN ALEXANDER TORRES BUESAQUILLO	HIJOS	50

Nombre de Gestor: usuario_bk PARA PRUEBAS	Código: ACSELPRB
---	------------------

CLAUSULAS

Artículo 1068 del Código de Comercio-Terminación Automática del Contrato de Seguros " La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que 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 por ocasión del la expedición del contrato".

SOLICITO A BBVA SEGUROS RENOVAR AUTOMÁTICAMENTE A SU VENCIMIENTO, LA PRESENTE PÓLIZA, SALVO QUE MEDIE INSTRUCCIÓN EXPRESA EN CONTRARIO

FIRMA TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT.800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 9 N° 72 21 Piso 8 Teléfono 2191100

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

DETALLE MOVIMIENTOS DE PÓLIZA FAMILIA VITAL

TIPO DE SEGURO : SEGURO FAMILIA VITAL
 TITULAR : ALEXIS TORRES MUÑOZ
 CUENTA ASOCIADA : 00130598000200255131 EN MONEDA: PESO COLOMBIANO
 NRO POLIZA : 052292330051 FECHA DE APERTURA: 03/03/2022

PERIODO DE COBERTURA				Valor	Fecha de Pago
DEL	03/03/2022	AL	02/04/2022	\$ 26.200	03/03/2022
DEL	03/04/2022	AL	02/05/2022	\$ 26.200	05/04/2022
DEL	03/05/2022	AL	02/06/2022	\$ 26.200	03/05/2022
DEL	03/06/2022	AL	02/07/2022	\$ 26.200	04/06/2022
DEL	03/07/2022	AL	02/08/2022	\$ 26.200	05/07/2022
DEL	03/08/2022	AL	02/09/2022	\$ 26.200	04/08/2022
DEL	03/09/2022	AL	02/10/2022	\$ 26.200	05/09/2022
DEL	03/10/2022	AL	02/11/2022	\$ 26.200	07/10/2022
DEL	03/11/2022	AL	02/12/2022	\$ 26.200	30/11/2022
DEL	03/12/2022	AL	02/01/2023	\$ 26.200	22/12/2022
DEL	03/01/2023	AL	02/02/2023	\$ 26.200	02/02/2023
DEL	03/02/2023	AL	02/03/2023	\$ 26.200	04/02/2023
DEL	03/03/2023	AL	02/04/2023	\$ 27.106	21/03/2023
DEL	03/04/2023	AL	02/05/2023	\$ 27.102	04/04/2023
DEL	03/05/2023	AL	02/06/2023	\$ 27.102	16/05/2023
DEL	03/06/2023	AL	02/07/2023	\$ 27.102	27/06/2023
DEL	03/07/2023	AL	02/08/2023	\$ 27.102	26/07/2023
DEL	03/08/2023	AL	02/09/2023	\$ 27.102	28/08/2023
DEL	03/09/2023	AL	02/10/2023	\$ 27.102	26/09/2023
DEL	03/10/2023	AL	02/11/2023	\$ 27.102	26/10/2023
IMPORTE COBRADO:				\$ 531.220	

DETALLE DE MOVIMIENTOS SEGURO VIDA GRUPO DEUDOR

NRO CERTIFICADO : 0013-0598-05-4002888137 EN MONEDA: PESO COLOMBIANO
TIPO DE SEGURO : VIDA GRUPO DEUDORES
TITULAR : ALEXIS TORRES MUÑOZ
NRO DE PRESTAMO : 0013-0598-02-9600324242
NRO POLIZA : 02 246 0000009857 FECHA DE APERTURA: 18/10/2023

PERIODO DE COBERTURA				Valor	Fecha de Pago
DEL	18/10/2023	AL	02/11/2023	\$ 5,748	18/10/2023
DEL	02/11/2023	AL	01/12/2023	\$ 11,046	01/12/2023
DEL	02/12/2023	AL	01/01/2024	\$ 10,826	02/01/2024
DEL	02/01/2024	AL	01/02/2024	\$ 10,596	01/02/2024
IMPORTE COBRADO:				\$38,216	

Póliza de Vida
Familia Vital
Individual



Contenido

1	¿Qué te cubrimos?	3
1.1.	Muerte	3
1.2.	Incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización y renta mensual por incapacidad total y permanente	3
1.3.	Indemnización adicional por muerte accidental en vehículos de servicio público	4
2	¿Qué no te cubrimos?	4
3	Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro	5
4	Prohibición de modificación unilateral	5
5	Declaración del estado de salud y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración	6
6	¿Cuándo termina tu seguro?	6
7	¿Qué hacer en caso de siniestro?	7
8	Prima y valor asegurado	8
9	Definiciones	8
10	Asistencias de tu producto	9

1. ¿Qué te cubrimos?

1.1 MUERTE:

SI TÚ COMO ASEGURADO MUERES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SE PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

SI TÚ COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR LA MISMA PERSONA, SE TE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO

MUY IMPORTANTE

SOLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI TÚ PERTENECES O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL TE ENCUENTRES AFILIADO, O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%. LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

B. DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

SI COMO ASEGURADO SUFRES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, SE TE PAGARÁ EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO PREVISTO PARA CADA UNA DE ELLAS RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:

I. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

II. POR LA PÉRDIDA TOTAL O IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

III. RENTA MENSUAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE



EN EL CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO CUBIERTO POR ESTE SEGURO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ ADICIONALMENTE EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO PARA ESTE AMPARO, DE MANERA FRACCIONADA EN SEIS PAGOS SUCESIVOS Y MENSUALES, SIN PERJUICIO DE QUE SOLICITES LA REALIZACIÓN DE UN ÚNICO PAGO.

1.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO

EN EL CASO DE QUE LA MUERTE COMO ASEGURADO SE HAYA PRODUCIDO EN FORMA ACCIDENTAL MIENTRAS TE ENCUENTRAS VIAJANDO COMO PASAJERO O MIENTRAS ESTÁS SUBIENDO O DESCENDIENDO DE UN VEHÍCULO, NAVE O AERONAVE, PERTENECIENTE A UNA EMPRESA DE TRANSPORTE LEGALMENTE AUTORIZADA PARA TAL FIN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR DEFINIDO PARA ESTE AMPARO. LA COMPAÑÍA IGUALMENTE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS SI LA MUERTE SE PRODUCE DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE DICHO ACCIDENTE.

2. ¿Qué no te cubrimos?

PARA NINGUNO DE LOS AMPAROS SE CUBRIRÁN HECHOS DERIVADOS DE HOMICIDIO O SUICIDIO, ACAECIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGURO, AÚN EN GRADO DE TENTATIVA.

TAMPOCO SERÁ OBJETO DE COBERTURA BAJO NINGUNO DE LOS AMPAROS:

- a. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- b. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA.
- c. GUERRA (DECLARADA O NO), INVASIÓN, GUERRA CIVIL, TUMULTO, REVOLUCIONES, CONMOCIÓN CIVIL E INSURRECCIÓN.
- d. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA.
- e. LOS ACTOS CAUSADOS POR INOBSERVANCIA DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL, DE PARTE DEL ASEGURADO.
- f. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS, Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA QUE ORIGINA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA INUTILIZACIÓN O LA DESMEMBRACIÓN.
- g. RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE FISIÓN NUCLEAR, O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- h. ADICIONALMENTE, RESPECTO DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO, NO HABRÁ COBERTURA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA OCASIONADA O SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD.

3. Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro

Ten en cuenta que para ingresar a este seguro debes tener mínimo 18 años de edad y máximo un día antes de cumplir los 65 años de edad.

Así mismo, tu seguro estará vigente, dependiendo de los amparos, así:

Amparo	Edad máxima de permanencia
Muerte por cualquier causa	Un día antes de cumplir los 70 años de edad
Incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización	Un día antes de cumplir los 65 años de edad
Renta por incapacidad total y permanente	
Indemnización adicional por muerte accidental en vehículos de transporte público	

4. Prohibición de modificación unilateral

BBVA Seguros no podrá hacer modificaciones unilaterales de tu seguro, ni exigirte condiciones previas para el inicio o permanencia de los amparos de tu póliza, conforme el Parágrafo 1. Art. 2.31.2.2.2 del D. 255 de 2010.





5. Declaración del estado del riesgo y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración

MUY IMPORTANTE

Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, independientemente de que la compañía efectúe o no exámenes médicos.

Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a la compañía a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, no habrá lugar al pago de indemnización alguna.

6. ¿Cuándo se termina tu seguro?

En adición a las causales que fija la ley, tu seguro terminará:

- a. Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia prevista en la condición tercera de esta póliza.
- b. Por muerte del asegurado, o por el pago total del valor asegurado respecto de las coberturas de incapacidad total y permanente o de muerte accidental en vehículos de servicio público o desmembración.

7. ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Reporta fácil y en línea tu siniestro mediante:

🌐 Nuestra página web: **www.bbvaseguros.com.co**

☎ Comunícate a la línea nacional: **018000934020**

☎ Comunícate en Bogotá: **3078080**

Sin perjuicio de la libertad probatoria que te asiste, podrás brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Documentos	Fallecimiento	Incapacidad total o permanente
Registro Civil de Defunción	X	
Acta de Levantamiento del Cadáver (muerte accidental)	X	
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento	X	
Calificación de la incapacidad (emitida por EPS, ARL, AFP o la Junta Médica Regional o Nacional)		X
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		X
Documentos de los beneficiarios de ley (Demostrando parentesco)	X	

*BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier documento necesario para el trámite de la reclamación. Una vez recibidos los documentos necesarios, LA COMPAÑÍA emitirá su decisión dentro de los 10 días hábiles siguientes.

8. Primas y valor asegurado

El valor asegurado, y por consiguiente el valor de la respectiva prima del seguro, se reajustará en la renovación de cada certificado con base en el IPC del año inmediatamente anterior fijado por el DANE, edad alcanzada y de acuerdo a las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación.

9. Definiciones

Para tener un mejor conocimiento de este seguro, resaltamos las siguientes definiciones:

ASEGURADO:

Es el cliente titular del seguro.

BENEFICIARIO:

Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

PRIMA:

Costo final del seguro.

VALOR ASEGURADO:

Valor máximo que se paga por la ocurrencia del siniestro, y será el vigente a la ocurrencia del mismo. Se encuentra reflejado, para cada amparo, en la póliza de seguros.

SINIESTRO:

Realización de la eventualidad prevista por el presente contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

TOMADOR:

Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

PÉRDIDA (DE UN ÓRGANO):

Para este seguro es: (i) Para la mano: la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o por encima de ella; (ii) Para el pie: la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o por encima de él.

INUTILIZACIÓN:

Para este seguro es la pérdida funcional total.

ACCIDENTE:

Para este amparo es un hecho externo, visible y fortuito que no depende de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que ocurra durante la vigencia del seguro y que produzca en la integridad física del asegurado, lesiones corpóreas evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

10. Asistencias de tu producto

La compañía garantiza la prestación de servicios cuando el asegurado se encuentre en dificultades, como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrido en su domicilio habitual o lugar de trabajo (siempre y cuando el origen de la urgencia no sea de tipo laboral, una enfermedad profesional o accidente de tránsito). Se debe contar con un espacio de privacidad mínima para la valoración médica.

Se deja establecido que el servicio que prestará ANDIASISTENCIA a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado y estará sujeto a circunstancias de tiempo, modo y lugar.

DEFINICIONES

Tomador de seguro:

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

Asegurado:

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario:

- El titular de la póliza.
- El cónyuge.
- Hijos menores de 25 años.
- Padres del asegurado principal hasta los 65 años.

El asegurado y los beneficiarios deberán tener un POS vigente (régimen subsidiado o contributivo).

Urgencia:

Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionabilidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas." (Decreto 1761 de 1990)

Emergencia:

Se entiende por emergencia la urgencia extrema que exige atención inmediata.

Traslado médico:

Es el traslado del paciente desde el lugar de la ocurrencia del episodio patológico hasta el centro médico (traslado primario). Según la naturaleza del accidente o de la enfermedad y dependiendo de la evolución del estado de la misma, en conjunto con el médico tratante, se establecerá el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y cercano.

ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades donde se tenga vigente la red de prestatarios.

COBERTURAS

1. Orientación médica básica telefónica

La compañía brinda el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los asesores médicos que recepcionan la llamada, harán un diagnóstico preliminar de acuerdo a la sintomatología informada por el asegurado, orientando al asegurado o solicitante del servicio, las conductas provisionales a asumir, mientras se produce el contacto personal de salud-paciente.

2. Asistencia médica domiciliaria

En caso de enfermedad o accidente del titular o beneficiarios, que requiera atención médica en el domicilio, la compañía enviará un médico para que realice dicha atención.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea adecuada.

3. Traslados médicos de emergencia

En caso de accidente o enfermedad que requiera (a criterio del médico tratante o el médico que recepciona la llamada) manejo en un centro hospitalario; la compañía realizará los contactos y coordinará el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano, de acuerdo al POS del paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante o el médico que recibe la llamada, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

A. Traslado básico:

En vehículo, el cual podrá realizarse en un taxi o una ambulancia básica, cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico.

B. Traslado médico en ambulancia:

Cuando la situación clínica presentada por el paciente revista algún tipo de severidad o compromiso del estado vital y requiera acompañamiento médico.

La compañía hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

Nota:

El número de eventos por vigencia de la póliza es de ocho (8) eventos.

4. Orientación escolar telefónica (nacional ilimitada)

El hijo del asegurado podrá solicitar orientaciones vía telefónica sobre materias escolares básicas como matemáticas, física, química, biología, ciencias sociales y español. Esta asesoría será dada por tutores de cada una de las asignaturas mencionadas anteriormente y tendrá una duración máxima de 30 minutos.

EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia las prestaciones y hechos siguientes:

a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor.

b) Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado). A los efectos del presente anexo, se entiende como enfermedad o afección preexistente, tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del anexo, como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del beneficiario, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del anexo.

c) La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.

d) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.

e) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.

f) Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.

g) Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales) o los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o de alto riesgo.

h) No se prestará asistencia médica, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

i) Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, cuando la urgencia sea consecuencia de una patología preexistente, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.

j) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.

k) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.

l) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.

m) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

n) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia a los teléfonos de asistencia, informando el nombre del beneficiario, el destinatario de la prestación, el número del documento de identificación, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

INCUMPLIMIENTO

ANDIASISTENCIA queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo.

Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

ANDIASISTENCIA responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente anexo.

En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.



Todo lo no previsto en esta póliza
se regulará por las disposiciones
del Código de Comercio.

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., comercializado
a través del uso de la red del Banco BBVA Colombia S.A.

Para mayor información de nuestros productos
y servicios, puedes comunicarte al **01 8000 934 020**
a nivel nacional, al **307 8080** en Bogotá, para asistencia
al **#370** desde un celular, escribirnos al buzón
clientes@bbvaseguros.com.co o ingresar
a nuestra página web **www.bbvaseguros.com.co**



**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO
DEUDORES BANCASEGUROS****AMPARO BÁSICO**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES**CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR**

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

CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, “LA COMPAÑÍA” concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, “LA COMPAÑÍA” tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

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

CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si el Tomador avisa por escrito a “LA COMPAÑÍA” para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por “LA COMPAÑÍA” o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a “LA COMPAÑÍA” todas las primas adeudadas en esa fecha.

“LA COMPAÑÍA” devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce 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 inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo 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 contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

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

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

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

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

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

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE 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 fuera de los límites autorizados de la tarifa de “LA COMPAÑÍA”, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por “LA COMPAÑÍA”.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

“LA COMPAÑÍA” o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a “LA COMPAÑÍA” dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES

“LA COMPAÑÍA” pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante “LA COMPAÑÍA”. Vencido este plazo, “LA COMPAÑÍA” reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a “LA COMPAÑÍA” las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que “LA COMPAÑÍA” esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de “LA COMPAÑÍA”, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, “LA COMPAÑÍA” podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

“LA COMPAÑÍA” pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN

“LA COMPAÑÍA” se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA– NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA– PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de las parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA– DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA– OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA– DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

1. AMPAROS**1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

2. CONVERTIBILIDAD

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

ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

Por convenio entre “LA COMPAÑÍA” y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.
En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Siniestros de Vida

Ciudad: **MOCOA**

Fecha: **03/10/2022** DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
ALEXIS TORRES MUÑOZ	CC 1124857975

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo		Tipo y Número de Identificación	
ALEXIS TORRES MUÑOZ		CC	1124857975
Correo Electrónico	Teléfono Fijo		Celular
alexis-torres31@hotmail.com			3127194556

Reclamo por el siguiente Motivo:

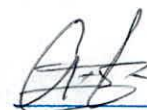
Fallecimiento (Vida)	☐	Incapacidad Total y Temporal (ITT)	☐
Incapacidad Total y Permanente (ITP)	☒	Desempleo (DS)	☐

De acuerdo al motivo reclamado, adjuntar los siguientes documentos:

Documentos*	Vida	ITP	ITT	DS
Formato de Presentación de Indemnizaciones	X	X	X	X
Registro Civil de Defunción	X			
Acta de Levantamiento del Cadaver (muerte accidental)	X			
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento	X			
Calificación de la incapacidad (Emitida por la Junta Medica Regional o Nacional)		X		
Incapacidad (Certificación de la EPS o médico tratante del mes de incapacidad)			X	
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		X		
Documentos y Declaración Extrajuicio de Beneficiarios demostrando el parentesco. (No aplica para deudores)	X			
Certificación de su anterior empleador (donde indica el tipo de contrato, fecha de ingreso, fecha de terminación y causa del despido, y/o copia del contrato.)				X
Declaración juramentada 30 días posterior a la fecha de despido y así sucesivamente durante los siguientes 6 meses si esta desempleado.				X
Copia de la liquidación elaborada por el empleador y/o acuerdo de conciliación				X

***La aseguradora podrá solicitar documentación adicional en caso de ser requerido**

Este formulario y los documentos anexos son para la reclamación que la Compañía deberá dar respuesta, aceptando u objetando el seguro en los tiempos que indica el Código de Comercio. Por último autorizó a cualquier médico, clínica, hospital o en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la Historia Clínica completa del asegurado, si éste es el mismo reclamante o sus herederos.



Firma del Cliente o Reclamante

Cédula: 1124857975

SEÑOR
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
E. S. D.

REF. RECLAMACION DIRECTA

DEMANDANTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

OBLIGACION: FAMILIA VITAL V2 No. 00130598052292330051

**ASUNTO: RECLAMACION DIRECTA POLIZA POR PCL
SUPERIOR AL 50%**

BRAYAN STIVEN GARZON ORTIZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.117.964.415 de Cartagena del Chairá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 362.704 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado del señor ALEXIS TORRES MUÑOZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.124.857.975 de Mocoa, en calidad de tomador de la póliza de libranza virtual VGDB-213/VINB-330051 me permito impetrar reclamación directa de acuerdo a lo estipulado en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, de acuerdo a lo siguiente;

I. SITUACION FACTICA

1. Mediante dictamen de perdida de capacidad laboral de fecha 11 de septiembre de 2022 de Seguros ALFA, SEGÚN DICTAMEN No. 3803971, se me reconoció un porcentaje de perdida de capacidad laboral de 51.52%.
2. Realice la respectiva solicitud de reconocimiento de la póliza de libranza virtual según obligación FAMILIA VITAL V2 No. 00130598052292330051, para el respectivo cubrimiento por perdida de capacidad laboral superior al 50% de acuerdo al contrato de seguro adquirido de manera virtual con la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
3. De acuerdo a oficio fechado el día 09 de octubre de 2022 la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA S.A, me niega el reconocimiento y pago de la respectiva póliza de vida, argumentando mala fe, cuando claramente los asesores que

me atendieron, en ningún momento telefónicamente me manifestaron las situaciones de eventos o siniestros

4. Resalto que el préstamo fue adquirido como compra de cartera el cual fue un pre aprobado brindado vía virtual por su entidad y al momento de firman la documentación no le preguntaron a mi cliente por su situación de salud la cual es notoria y que ustedes como entidad bancaria son los que realizan dichas encuestas por lo cual argumento que para que no tengan dichos inconvenientes capaciten al personal con respecto a este inconveniente justifico y argumento que únicamente se le manifestó "es un preaprobado solo falta su firma para el desembolso"
5. Cabe aclarar que el seguro no fue una exigencia de mi cliente sino, por el contrario, una obligación impuesta por la entidad crediticia para poder aprobar el respectivo desembolso, teniendo de presente que las entidades financieras lo brindan como seguro obligatorio en caso de estos acontecimientos.
6. Es preciso que en razón al reconocimiento de la pensión de invalidez a partir del 30 de noviembre de 2022 mi cliente quedará desvinculado laboralmente, de manera que, al no poder seguir trabajando por su incapacidad total y permanente, es notorio que no podrá seguir cumpliendo, aunque quiera con esta obligación ya que no depende de ningún otro ingreso.
7. Mencionado lo anterior aclaro que este inconveniente es perturbador para mi cliente porque sus imposibilidades de volver a obtener un préstamo, que se producirá por el reporte negativo al no continuar cumpliendo con el pago de la obligación, de manera que negarle el derecho adquirido que tiene en su póliza le afectan psicológicamente y aumenta su antecedente depresivo poniéndolo en situación de vulnerabilidad manifiesta, en razón a su invalidez.
8. Es preciso indicar que contractualmente es responsable BBVA COLOMBIA S.A. de incumplir los deberes de información y debida diligencia en la comercialización de la póliza de vida grupo deudores de la cual es tomador y beneficiario oneroso.

II. PRESUPUESTOS PROCESALES

1. DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro, de conformidad con el artículo 1036 del C. de Comercio, modificado por el artículo 1 de la Ley 1389 de 1997, es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva. Su característica es la transmisión de un riesgo mediante el pago de un precio y por el hecho de recibir ese precio el asegurador asume sobre su propio patrimonio el riesgo que gravitaba en el patrimonio del asegurado.

Este contrato es por regla -de carácter indemnizatorio, pues con él se busca restablecer la situación económica afectada por un siniestro, sin que jamás pueda constituirse para el asegurado en una fuente de lucro; el seguro implica, como lo afirma el tratadista Efrén Ossa en su libro "Tratado Elemental de Seguros", 1.962 pág. 43 y 44, la traslación de riesgos, es decir, de aquellos eventos que comportan una posibilidad de pérdida.

Adicionalmente, aun cuando no son partes del contrato de seguro, propiamente dicho, concurren en su ejecución el asegurado, que es aquel que tiene el derecho a la prestación debida por el asegurador, frente a quien se concede el amparo, el titular del interés asegurable; el beneficiario que es la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada, que puede ser el mismo asegurado o tomador o una tercera persona.

2. DEL CONSUMIDOR Y SU PROTECCIÓN

Nuestro Legislador consciente de que los productores y distribuidores de bienes o servicios, en algunos eventos pueden incurrir en prácticas poco ortodoxas con las cuales los consumidores podrían ver afectados sus derechos, les otorgó mecanismos de carácter jurisdiccional y administrativos expeditos encaminados a restablecer el equilibrio, que en no pocas ocasiones se ve afectado debido al tráfico comercial y las condiciones del mercado y, en lo que toca con los consumidores financieros, la Ley 1328 de 2009 fija reglas precisas a las cuales deben ajustar su conducta tanto las entidades del ramo como sus usuarios, proscribiendo las prácticas abusivas de las primeras (art. 11,12), e instando a los segundos, entre otras cosas, a "Observar las instrucciones

y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros" (art. 6°).

Tales medidas tienen su razón de ser en el hecho de que la actividad bancaria es un servicio público en sí mismo considerado, sometido a la vigilancia y control de las autoridades, en la cual el poder de negociación y de disposición de intereses, está limitado a las directrices que, en relación con la materia, emitan las autoridades monetarias en razón a la función que desempeñan, la especialidad de la actividad, su condición de instrumento para garantizar derechos individuales, la prohibición de afectar desproporcionadamente derechos fundamentales y por el impedimento del abuso del derecho propio. Sin olvidar, en todo caso, que como fuente de obligaciones que es el contrato, éste válidamente celebrado es ley para las partes, de suerte que únicamente puede ser invalidado con su consentimiento o por causas legales, y que en materia de títulos-valores el obligado cambiario quedará obligado conforme el tenor literal del instrumento cartular.

3. DEL DEBER DE INFORMACION

Es preciso memorar que el deber de información en favor de los consumidores goza de protección constitucional, en los siguientes términos: "La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización (...)" (C.N. art. 78).

El legislador colombiano no ha sido ajeno a la relevancia del deber de información en la comercialización de seguros y ha señalado a cargo de las entidades vigiladas la obligación general de: "suministrar a los usuarios de los servicios que prestan la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado y poder tomar decisiones informadas". (EOSF, art. 97).

En aras de concretar el deber de información, la Ley de Protección al Consumidor Financiero ha precisado que no se trata de cualquier tipo de información, sino que la misma debe ser: "cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas". (L.

1328/2009, art. 3º). Ahora, con relación a la oportunidad de suministrar información a los consumidores financieros, la Superintendencia Financiera de Colombia, en armonía con la ley, instruye a sus vigiladas para observar el deber de información "(i) antes de la celebración de un contrato; (ii) durante su ejecución; y (iii) después de la terminación del este". (CBF, C.E. 007/96, Cap. I, Tit. III, Parte I num. 3.2)

Por su parte, la finalidad de la información que se suministra a los consumidores financieros es: "3.2.1.1. Dotar a los consumidores financieros de elementos y herramientas suficientes para la toma de decisiones. 3.2.1.2. Facilitar la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado, y 3.2.1.3. Propender porque los consumidores financieros conozcan los derechos y obligaciones pactadas". (SF, CBJ. Cap. I, Tít. III, Parte I, núm. 3.2.1).

En ese orden, la Ley de Protección al Consumidor Financiero establece a cargo de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia la obligación de:

- "Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado" (L. 1328/2009, art. 7º).
- "Elaborar contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación. Copia de los documentos que soporten la relación contractual deberá estar a disposición del respectivo cliente y contendrá los términos y condiciones del producto o servicio, los derechos y obligaciones, y las tasas de interés, precios o tarifas y la forma para determinarlos". (L. 1328/2009, art. 7º).

III. PETITORIO

UNICA: Que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., realice el pago indemnizatorio a nombre de ALEXIS TORRES MUÑOZ, ordenando la afectación de la póliza deudores por las obligaciones No. 00130598052292330051, valor equivalente al saldo insoluto total de las obligaciones, a la fecha de emisión del dictamen de calificación médico laboral, del once de septiembre de 2022.

IV. NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones al correo
brayans.garzono@utadeo.edu.co, teléfono celular 3142379073.

V. ANEXOS.

1. Copia de póliza de obligación No. 00130598052292330051.
2. Copia tarjeta profesional abogado
3. Copia poder abogado
4. Copia respuesta BBVA SEGUROS, de fecha 09 de octubre de 2022.

Cordialmente,



BRAYAN STIVEN CARLON ORTIZ

C.C. No. 1.117.964.115 de Cartagena del Chairá
T.P. No. 362.704 del Consejo Superior de la Judicatura

Bogotá., 9 de octubre de 2022

Señor(a)

Alexis Torres Muñoz

alexis-torres31@hotmail.com

Referencia	Tomador	BBVA COLOMBIA S.A.
	Asegurado	ALEXIS TORRES MUÑOZ
	Cedula	1124857975
	Póliza	VGDB-213/VINB-330051
	Siniestro No.	VGDB-27157/VINB-936
	Obligación	00130598009600324242
	Certificado	FAMILIA VITAL V2 NO. 00130598052292330051

En atención a su solicitud de reclamación relativa el amparo de Incapacidad Total y permanente, de acuerdo a Dictamen de Seguros de Vida Alfa de fecha de emisión 11/09/2022 el cual le otorgo una Pérdida de Capacidad Laboral de 52.51%, del asegurado en referencia, nos permitimos informar que no es procedente atender favorablemente su requerimiento y manifestarle las siguientes precisiones en lo que tiene que ver con la extinción de la deuda

De acuerdo con Dictamen de Seguros de Vida Alfa, encontramos que el asegurado en referencia registra antecedentes patológicos los cuales omitió declarar e informar debidamente su condición de salud y para lo cual no informo que tenía antecedentes donde el asegurado sufre accidente de tránsito de fecha 24/10/2015 el cual le ocasiono una limitación en la movilidad y dolor de difícil manejo, síntomas que han empeorado en los 6 meses y una serie de secuelas como lo son fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondilea de fémur izquierda, otras gonartrosis postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía, el 20/09/2019 le diagnosticaron trastorno de plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del fémur, además registra dolor lumbar irradiado a Mil, con parestesias, secuela de lesión de plexo braquial izquierdo con reconstrucción en 2 ocasiones, antecedente de fractura supracondilea de fémur izquierdo, al examen físico miembro superior izquierdo paretica, marcha con cojera a expensas del lado izquierdo, dolor a la digito presión a nivel de L4-L5 L5S1 ligero espasmo paravertebral, la segué negative, acortamiento de Mil con deformidad en varo de rodilla izquierda con movilidad de 0-90°, diagnostico: trastorno de disco lumbar, así mismo, el 19/08/2020 registra episodio depresivo, le realizaron contención emocional y le indicaron manejo antidepresivo, psicología y control, estos antecedentes son hechos relevantes que no fueron declarados, por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

En la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas.

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador dentro del contrato de seguro, su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

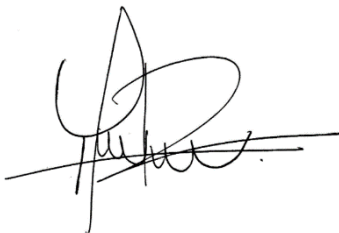
Es importante recordarle que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o padecimientos causantes de la reclamación tengan relación directa con las enfermedades padecidas y no declaradas por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Principio de la Buena fe contractual y en aplicación del Artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hecho que no fue atendido correctamente al obviar mencionar la enfermedad citada anteriormente; la que por su connotación tenía que ser de conocimiento para la aseguradora, para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o 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.

De otra parte con independencia de que la incapacidad haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio.

Las anteriores circunstancias llevaron a la Compañía Aseguradora a declinar el pago del seguro de vida deudores por reticencia, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, de acuerdo a lo anterior BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.

Firma Autorizada
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ARB

Bogotá , 11 de septiembre de 2023

Señor
Alexis Torres Muñoz
alexis-torres31@hotmaill.com

REF.	PÓLIZA AFECTADO RECLAMO	FAMILIA VITAL ALEXIS TORRES MUÑOZ cc 1124857975 VINB-936
------	-------------------------------	--

Respetado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo,

En atención a su comunicación radicada en anteriores, le informamos que después de realizar un nuevo análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de incapacidad total y permanente, nos permitimos referirnos a las pretensiones consignadas en su solicitud y que son del resorte de esta Compañía Aseguradora:

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador o asegurado dentro del contrato de seguro, donde el deber principal en la etapa precontractual consiste en declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

La figura jurídica que obró en el presente caso es la reticencia y la inexactitud. Es por lo tanto, el artículo 1058 del Código de Comercio el fundamento jurídico que da base a esta exigencia, el cual reza: "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 inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Al ser la institución del seguro un contrato con fundamento en la buena fe, el asegurador dirige una declaración que debe ser diligenciada por el tomador del seguro con el mayor escrúpulo intelectual y moral, y así lo plasma el artículo 1058 del Código de Comercio, norma que tiene el carácter de imperativo que trata el régimen especial de los vicios del consentimiento en el contrato de seguro, adicionales al error, la fuerza y el dolo referidos por los artículo 1502, 1508 y 1604 del Código Civil y el artículo 900 del Código de Comercio.

Existiendo este formulario, no puede sustraerse el tomador del seguro o el asegurado de su obligación de suministrar los elementos de juicio necesarios para que el asegurador determine si acepta o no, y en qué condiciones asume el riesgo que se pretende trasladar con el contrato de seguro, que de diligenciarse con presencia de dolo negativo, sería determinante para la integridad del contrato, fuente de derechos y obligaciones.

Para el caso que nos ocupa, el asegurado de referencia suscribió libre y voluntariamente el seguro de vida familia vital , que inició vigencia el 03 de marzo de 2022 en el cual el asegurado omitió declarar e informar debidamente su condición de salud.

Adicionalmente en la solicitud de Asegurabilidad se menciona textualmente “Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que en cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio”, a la cual el asegurado en asunto firmó en señal de aceptación.

Basados en los motivos expuestos y al incurrir en la reticencia que produce la nulidad relativa del seguro, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite ratificar la objeción emitida respecto al reclamo en referencia.

Cordial saludo,

Datos de contacto Defensor del Consumidor Financiero BBVA Seguros Colombia:

Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.

Mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

Teléfono: 601 343 8385 - Fax: 601 343 8387

Cordialmente,



Cód Verificación:
26627797



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 agosto 12 de 2014

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL			
Fecha dictamen: 11/09/2022		Dictamen No: 3803971	
Motivo de solicitud:	Primera oportunidad: ☒	Primera Instancia:	Segunda Instancia:
Solicitante:	EPS:	AFP:	ARL:
	Afiliado: ☒	Pensionado	
Nombre solicitante: ALEXIS TORRES MUNOZ NIT/Documento de Identidad: 1124857975 Teléfono:			
Dirección: VEREDA EL PEPINO Email: ALEXIS-TORRES31@HOTMAIL.COM Ciudad: MOCOIA (PUTUMAYO)			
2.INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA			
Nombre: Seguros de vida Alfa S.A.		Nit: 860.503.617-3	
Dirección: Avenida Calle 24A No. 59-42 Torre 4 piso 4		Teléfono: 7435333 Email:	
		Ciudad: BOGOTA	
3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA			
Afiliado: ☒		Beneficiario:	
Apellidos: TORRES MUNOZ		Nombre: ALEXIS	
Documento de identificación: CC		No: 1124857975	
Fecha nacimiento: 12/06/1992		Edad: 30 AÑOS	
ETAPAS DEL CICLO DE VIDA:			
Bebes y menores de 3 años:		Niños y adolescentes:	
Población en edad económicamente activa: ☒		Adultos Mayores:	
Escolaridad: SIN DATO			
Dirección: VEREDA EL PEPINO Teléfono: 3142327509 Email: ALEXIS-TORRES31@HOTMAIL.COM Ciudad: MOCOIA (PUTUMAYO)			
Estado civil: SIN DATO			
Afiliado SISS:			
Regimen en salud:		Contributivo: ☒	
		Subsidiado:	
		No afiliado:	
Administradoras:		EPS: NUEVA EPS	
		AFP: PORVENIR S.A.	
		ARL: POSITIVA SA	
		Otros:	
Nombre - email		Nombre - email	
		Nombre - email	
4 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO			
Independiente:		Dependiente: ☒	
Nombre del trabajo/empleo:		Ocupación:	
		Código CIUO:	
Nombre actividad económica:		Clase:	
Nombre de la empresa: CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS TERCER MILENIO LTDA		NIT/CC:	
No aplica:			
5. RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO- (Descripción)			
DOCUMENTOS		SE TUVO EN CUENTA	
HISTORIA CLÍNICA COMPLETA		☒	
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA		☒	
EXÁMENES PARACLÍNICOS		☒	
EXÁMENES PRE-OCUPACIONALES			
EXAMENES PERIÓDICOS OCUPACIONALES			
EXÁMENES POST-OCUPACIONALES			
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL			
OTROS			
6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II			
Descripción de la enfermedad Actual:			
Paciente masculino de 30 años, ocupación auxiliar técnico, cargo operativo de cartera, quien sufrió accidente de tránsito el 24/10/2015, cursando con fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis			



Cód Verificación:
26627797

postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía, diagnósticos por los cuales cuenta con dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral proferido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez con PCL de 48.32% con fecha de estructuración del 03/06/2020. Por solicitud directa del afiliado se procede a nueva calificación de pérdida de capacidad laboral ya que presenta nuevas patologías no incluidas en el dictamen de PCL con la documentación aportada a la fecha de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013.

Fecha	Especialista o examen	Resultado
20/09/2019	Concepto de rehabilitación – Medimas B	Diagnóstico: trastorno de plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del fémur. Resumen de historia: paciente con incapacidad prolongada por los diagnósticos anotados, se remite para calificación de PCL, en 2015 sufre accidente de tránsito. Concepto: desfavorable.
23/11/2019	Estudio de electrodiagnóstico . City med	Estudio electrofisiológico normal con lesión completa del plexo braquial izquierdo preganglionar afectación de raíces C5 a C8 y postganglionar del tronco superior, sin evidencia de signos de re-inervación
23/11/2019	Radiografía de rodilla izquierda - Cendic	Osteopenia. Disminución del espacio articular patelofemoral con osteofitos marginales. Esclerosis de los platillos tibiales. Afilamiento de las espinas tibiales. Material de osteosíntesis en cóndilos femorales. Los tejidos blandos periarticulares no muestran ensanchamientos por edema o derrame articular. No hay calcificaciones patológicas por pedir tendinitis o cuerpo extraño. CONCLUSION: cambios artrósicos en articulación de la rodilla izquierda.
25/11/2019	Radiografía del fémur izquierdo - Cendic	Densidad ósea ligeramente disminuida en el tercio distal del fémur. Fractura antigua consolidada en el tercio distal del fémur izquierdo con compromiso los cóndilos femorales, reducida mediante un tornillo. Se observan dos tornillos intraóseos los cuales se encuentran con pérdida la cabeza de los mismos. Esclerosis del foco la fractura control ondulamiento del periostio. Tejidos blandos normales. Radiografía de hombro izquierdo: osteopenia. Cabeza humeral descendida en probable relación con subluxación crónica. Múltiples imágenes con densidad metálica el hombro izquierdo y en el tercio proximal de la reja costal que podrían corresponder a material postquirúrgico. No hay calcificaciones distróficas. Tejidos blandos normales
22/01/2020	RM columna lumbosacra – Cenditer	Pequeña hernia discal central derecha prolapsada en L5-S1 que no comprime raíces nerviosas en el reposo.
03/06/2020	Ortopedia – tomado de dictamen JNCI	Paciente con dolor lumbar irradiado a MII, con parestesias, secuela de lesión de plexo braquial izquierdo con reconstrucción en 2 ocasiones, antecedente de fractura supracondílea de fémur izquierdo, al examen físico miembro superior izquierdo parética, marcha con cojera a expensas del lado izquierdo, dolor a la digitopresión a nivel de L4-L5 L5S1 ligero espasmo paravertebral, lasegue negativo, acortamiento de MII con deformidad en varo de rodilla izquierda con movilidad de 0-90°, control en dos meses, diagnóstico: trastorno de disco lumbar.
19/08/2020	Psiquiatría – clínica de la amazonia	Paciente con cuadro clínico que inicia en 2015m posterior secuelas física secundaria, accidente de transito, limitacion en la movilidad y dolor de difícil manejo, síntomas que han empeorado en los 6 meses, posteiro a separación de pareja, ideas depresivas, de minusvalia, se considera episodio depresivo, se realiza contención emocional, se indica manejo antidepressivo, psicoloia, control.
05/01/2021	Dictamen de PCL- JNCI	Numero: 1124857975 -936. Primera oportunidad: Seguros de vida alfa. Primera instancia: JRCI Bogotá. Diagnostico: fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis



Cód Verificación:
26627797

		postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía. Título I: 32.52%. Título II: rola laboral: 11.50%, otras áreas ocupacionales: 4.30%. PCL total: 48.32%. Origen: accidente común. Fecha de estructuración: 03/06/2020, concepto de ortopedia donde se establece diagnóstico de trastorno de disco lumbar, indica proceso de rehabilitación. Origen: enfermedad común.
02/12/2021	Psiquiatría – Clínica de la Amazonia	Paciente quien es auxiliar de enfermería, cuadro que inicia en 2015, presentando limitación en la moviliza y dolor en extremidad de difícil manejo, se considera diagnóstico de episodio depresivo moderado, secuelas físicas postraumáticas, pérdida de la movilidad de miembro superior izquierdo, dolor lumbar, en agosto de 2020 se inicio manejo con sertralina, quetiapina, adecuada respuesta clínica, no adherente al manejo, se brinda psicoeducación, la importancia de adherencia, necesidad de manejo farmacológico, síntomas depresivos mal adaptativos, se realiza contención emocional, manejo antidepresivo, psicología semana, control en un mes. Diagnóstico: episodio depresivo moderado, dolor crónico intratable.
15/12/2021	Rx panorámica de MMII – Cendidter	Existe acortamiento del eje funcional del MII en relación con el eje funciona de MID de 35 mm.

TITULO I
CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SAL
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	Común	Fractura supracondilea de femur izquierdo
M173	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS	Común	Gonartrosis postraumática izquierda
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Común	Trastorno de disco lumbar
S143	TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL	Común	Traumatismo de plexo braquial izquierdo
F328	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	Común	Trstorno depresivo

No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual								CAT	Domi nan cia	% Total Deficiencia (F.Balthazar sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFP FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Deficiencia	Resultado Clase final y Deficiencia	% Deficiencia		
1	Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros de	12.12	4		4				4C	60.00	0.0	72.03
2	Deficiencia por trastornos del humor	13.2		1						20.00	0.00	
3	Deficiencia en el movimiento de la rodilla izquierda	14.12		1						7.00	0	
4	Deficiencia de la columna lumbar	15.3	1		1	0			1B	6.00	0.00	

CFP: Clase Factor principal

CFM: Clase Factor Modulador

CFU: Clase Factor único

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

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

Combinación de valores:	A+ $(100-A) * B$	A: Deficiencia de mayor valor
	100	B: Deficiencia de menor valor

CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA: % Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5 **36.01**



Cód Verificación:
26627797



Pág 4 de 6

TITULO II					
VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES					
Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que trabajan)					
ROL OCUPACIONAL					
1	Restricciones del rol laboral				10.00
2	Restricciones autosuficiencia económica				1.00
3	Restricciones en función de la edad cronológica				1.00
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)				12.00	
CALIFICACION OTRAS AREAS OCUPACIONALES					
Asigne el valor según el grado de dificultad, ayuda y dependencia					
CLASE	VALOR		CLASE	VALOR	
A	0.1	No hay dificultad, no dependencia	D	0.4	Dificultad severa, dependencia severa
B	0.2	Dificultad leve, no dependencia	E	0.5	Dificultad completa, dependencia completa
C	0.3	Dificultad moderada, dependencia moderada			

COD	AREA OCUPACIONAL		d110	d115	d140 145	d150	d160	d165	d170	d172	d175	d1751	
d1	Tabla 6	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2
d3	Tabla 7	Comunicación	d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
			2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2
d4	Tabla 8	Movilidad	d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
			3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	
			0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	1.6
d5	Tabla 9	Autocuidado - cuidado personal	d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
			4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	
			0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	1.1
d6	Tabla 10	Vida doméstica	d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6601	d6506	
			5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	
			0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	1.4
Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20%)													4.5

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa		16.50
Calculo final PCO	Valor final deficiencia ponderado + Suma área motriz + Suma área adaptativa:	17
7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL		
Perdida de capacidad laboral = TITULO I Valor Final Ponderada + TITULO II Valor Final		
VALOR FINAL DE LA PCL / OCUPACIONAL (%):	52.51	
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 02/12/2021	ORIGEN:	FECHA ACCIDENTE
Sustentación: 02/12/2021 Fecha de concepto de psiquiatría con el que se soporta la deficiencia de esfera mental con la que se soporta la recalificación.	Accidente	SI NO
	Laboral	
	Común	X
	Enfermedad	SI NO
	Laboral	
	Común	
Paciente masculino de 30 años, ocupación auxiliar técnico, cargo operario de cartera, quien sufrió accidente de tránsito el 24/10/2015, cursando con fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía, diagnósticos por los cuales cuenta con dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral proferido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez con PCL de 48.32% con fecha de estructuración del 03/06/2020. Por solicitud directa del afiliado se procede a nueva calificación de pérdida de capacidad laboral ya que presenta nuevas		

ALEXIS TORRES MUNOZ - CC 1124857975 - SINIESTRO 201910620



Cód Verificación:
26627797

patologías no incluidas en el dictamen de PCL con la documentación aportada a la fecha de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013.

Aporta historia clínica en la que se soporta trastorno depresivo en manejo farmacológico y psicoterapia.

Los conceptos anotados corresponden a resúmenes de estos y no a transcripciones exactas de su contenido. En el análisis del presente caso, se revisó a profundidad la totalidad de la historia clínica aportada, la cual incluye conceptos clínicos y reportes paraclínicos. Finalmente, se resalta que solo se anotan algunos conceptos relevantes en el presente dictamen aun cuando se han analizado todos los aportados. Se procede a calificación de pérdida de capacidad laboral con documentación aportada por el usuario a la fecha soportado en el Decreto 1507 de 2014, se califica:

TITULO I: Capítulo 12 Tabla 12.12 Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros del plexo braquial (unilateral) izquierda (rangos de la deficiencia global por Plexo braquial (C5 hasta C8, T1) FP Clase 4 FM1 clase 4 Clase final 4C

Capítulo 14 Tabla 14.12 Deficiencia en el movimiento de la rodilla izquierda FUP Clase 1

Capítulo 15 Tabla 15.3 Deficiencia de la columna lumbar FP Clase 1 FM1 clase 1 FM2 Clase 0 Clase final 1B

Capítulo 13 Tabla 13.2 Deficiencia por trastornos del humor FUP Clase 1

TITULO II: Rol laboral: Rol laboral o puesto de trabajo adaptado. Económica: Autosuficiencia reajustada. Edad: Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años.

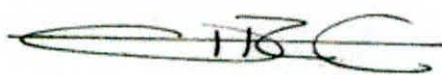
Se estructura con la fecha de concepto de psiquiatría con el que se soporta la deficiencia de esfera mental con la que se soporta la recalificación.

Esta calificación es expedida por solicitud directa del afiliado al fondo de pensiones Porvenir, por lo tanto su validez será exclusiva para Ente solicitante y para trámites ante otras entidades del Estado, como lo estipula el Decreto 1507 del 2014, Manual Único para Calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Esta calificación de pérdida de capacidad laboral es producto de la información suministrada por el usuario y se realiza bajo el entendido que no existe un primer dictamen, no obstante, si se llega a conocer que hay uno que se encuentre en firme por el o los mismos diagnósticos o en trámite ante alguna de las entidades competentes y/o en cualquier instancia, es importante indicar que esta segunda calificación no tendría validez y tampoco sería posible de controversia ante las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez ni de demanda ante la Jurisdicción Ordinaria Laboral. La anterior aclaración, por cuanto es nuestro interés prestar el servicio requerido sin llegar a incurrir en la conducta irregular de que trata el artículo 32 del Decreto 1352 de 2013.

ALTO COSTO / CATASTROFICA		CONGENITA O CERCANA AL NACIMIENTO				
CLASIFICACIÓN CONDICION SALUD - TIPO DE ENFERMEDAD (Marque con una X)						
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales)			SI		NO	X
SE REQUIERE CURADOR PARA LA TOMA DE DECISIONES			SI		NO	X
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO para realizar actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales)			SI		NO	X
REVISION PENSION: SI	TIPO DE ENFERMEDAD / DEFICIENCIA:SIN DATO		DEGENERATIVA	N/A	PROGRESIVA	N/A



Cód Verificación:
26627797

8. GRUPO CALIFICADOR	
LILIANA MONTES CASTAÑEDA FISIOTERAPEUTA LSO Resolución 4919 del 08/05/2012	
ANDREA MARÍA RINCON CARVAJAL Medico Fisiatra E.S.O RM 001782/99	
JULIAN ENRIQUE CAMACHO GONZALEZ MÉDICO LABORAL RM. 04036/2010 - Lic. S.O 020647 del 05/12/2012	

Bogotá D.C., 11 de Septiembre de 2022

Señor(a):
ALEXIS TORRES MUNOZ
VEREDA EL PEPINO
3142327509
MOCOA(PUTUMAYO)

CPCL - BEN
CC. 1124857975
CC 2232
D

Asunto: Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral al Fondo de Pensiones Porvenir S.A.

Ramo : Previsionales

Cédula: **1124857975**Siniestro: **201910620**

Hola ALEXIS!

En Seguros de Vida Alfa S.A. siempre buscamos la protección y satisfacción de nuestros clientes. De acuerdo a tu solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL) en la AFP Porvenir S.A., te informamos que el historial médico ha sido revisado y calificado por el grupo interdisciplinario de calificación de Seguros de Vida Alfa S.A.(1)

De acuerdo a los parámetros establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (2) se ha determinado una (PCL) de 52.51% y fecha de estructuración 2 de Diciembre de 2021 Origen COMUN

Si tu calificación es igual o superior al 50%, podrás iniciar los trámites ante la AFP Porvenir (3) para acceder a la prestación económica correspondiente, previo el cumplimiento de los requisitos legales para acceder a la pensión de invalidez (4). Si éste es tu caso, podrás radicar tu solicitud pensional a través de la página web www.porvenir.com.co o llamando a la línea de atención al cliente de Porvenir 018000510800, con el fin de solicitar una cita para la radicación de la documentación.

En caso de que no te encuentres de acuerdo con la calificación emitida por Seguros de Vida Alfa S.A., cuentas con diez (10) días hábiles siguientes a partir de la fecha de recibida la notificación para manifestar tu inconformidad frente a resultado. Esta manifestación se debe realizar por escrito y debe estar dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A. en donde expresas sobre cuál o cuáles de los siguientes aspectos te encuentras en desacuerdo:

- Pérdida de capacidad laboral
- Origen
- Fecha de estructuración

La carta debe ser remitida por medio de correo certificado a la dirección **Carrera 10 # 18-36, piso 4 edificio José María Córdoba en Bogotá o a inconformidad@segurosalfa.com.co**. Ten presente que el comunicado debe venir firmado por ti, relacionando los datos de localización. Posterior a la revisión de tu carta, procederemos a remitir tu expediente a la respectiva Junta Regional de Calificación de Invalidez para obtener una segunda calificación.

ALEXIS TORRES MUNOZ - CC 1124857975 - SINIESTRO 201910620

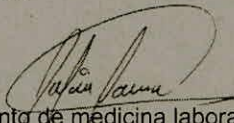
Seguros Alfa S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A.
Líneas de atención al cliente:

Bogotá: 302 20 32 - línea nacional: 01 8000 12 25 32

Una vez realizada la solicitud, a más tardar en (15) quince días hábiles recibirás por parte de Seguros de Vida Alfa S.A. una comunicación donde te informaremos el estado del proceso.

Para nosotros es un gusto servirte.

Cordialmente,



Departamento de medicina laboral
Convenio Seguros de Vida Alfa
Seguros alfa S.A y seguros de vida Alfa S.A

1 Según lo establecido en el Artículo 52 de la Ley 962 de 2005.

2 Decreto 1507 de 2014

3 De acuerdo con lo establecido en el Artículo 38 de la Ley 100 de 1993

4 Requisitos legales para acceder a la pensión por invalidez (Artículo 39 de la Ley 100 de 1993)

Tendrán derecho a la pensión de invalidez, los afiliados que conforme a lo dispuesto en el artículo anterior sean declarados inválidos y cumplan alguno de los siguientes requisitos:

a) Que el afiliado se encuentre cotizando al régimen y hubiere cotizado por lo menos 26 semanas, al momento de producirse el estado de invalidez;

b) Que habiendo dejado de cotizar al sistema, hubiere efectuado aportes durante por lo menos 26 semanas del año

A través del Defensor del Consumidor Financiero, como vocero de los clientes, podrán ser atendidas las peticiones o requerimientos referentes a los productos o servicios prestados por las Compañías, los cuales deberán ser radicados utilizando alguno de los medios señalados a continuación: Correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co, defensordelconsumidorfinanciero@segurodevidasalfa.com.co

dirección física: AV. CL. 26 59-15 locales 6 y 7, dirección de correspondencia CRA. 10 # 18-36 Piso 4, Edificio José María

Empleador: CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS TERCER MILENIO LTDA CALLE 14 # 12-81 B OBRERO
TEL:4204506 MOCOA(PUTUMAYO)

EPS: NUEVA EPS CARRERA 85 K #46A - 66 BARRIO SAN CAYETANO. EDIFICIO NUEVA EPS LOCAL 28
TEL:3077022 BOGOTÁ D.C.(BOGOTÁ)

AFP: PORVENIR S.A. Avenida Calle 26 N 59 - 15 Local 6 y 7 Edificio Avianca TEL:7435333 - ext 14622 BOGOTÁ D.C.(BOGOTÁ)

ARL: POSITIVA SA Avenida Carrera 45 No. 94-72 TEL:(1) 65 02200 BOGOTÁ D.C.(BOGOTÁ)

ALEXIS TORRES MUNOZ - CC 1124857975 - SINIESTRO 201910620

Seguros Alfa S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A.

Líneas de atención al cliente:

Bogotá: 307 70 32, a nivel nacional: 01 8000 12 25 32.

Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. en jornada continua y sábados de 8:00 a. m. a 12 m.

www.segurosalfa.com.co



ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ SEDE MOCOA
CALLE 14 NO 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO - Tel:4296056
Nit. 891200679-1
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 18 de Abril de 2023 Hasta 07 de Septiembre de 2023
CC 1124857975 - ALEXIS TORRES MUÑOZ

Datos del paciente

Identificación del paciente		Datos de procedencia	
Fecha de Nacimiento y Edad:	12/06/1992 - 31 Año(s)	País:	Colombia
Género:	Masculino	Departamento:	
RH	No Aplica	Municipio:	
Discapacidad:	Ninguna	Datos de residencia	
Nivel de escolaridad:	Ninguno	Departamento:	Putumayo
Ocupación:	No Aplica	Municipio:	Mocoa
Estado civil:	No Aplica	Dirección:	B/ El Pepino
Grupo de atención:	Otros Grupos Poblacionales	Telefono:	3125961119 - 3127194556
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores	Administradora	
Email:	NOTIENECORREO@GMAIL.COM	Tipo de usuario	
Responsables del paciente:	Nnnnnnnnnnnnnnn	NUEVA EPS	Contributivo
Parentesco del responsable:	Biznieto (a)		
Teléfono del responsable:	3125961119		

Atención: 202304180987 - [860010003801] MOCOA

Fecha y Hora de Ingreso: 18/04/2023 17:12:52		Edad en la atención: 30 Ano(s)	
Identificación:	CC 1124857975	Nombre:	ALEXIS TORRES MUÑOZ
Administradora:	NUEVA EPS	Tipo de Usuario:	Contributivo
Poliza:		Autorización:	
Servicio de ingreso:	Uf Servicios Ambulatorios	Datos del acompañante	
Cierre Historia		Tipo:	
Fecha y Hora:		Solo	
Fecha y Hora:		18/04/2023 17:16:34	

CONSULTA EXTERNA

• Anamnesis

Fecha y Hora:	18/04/2023 17:14:20	Profesional:	Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)
Tipo de Consulta:	(517100840TEL) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TELEXPERTICIA EN PSIQUIATRIA		
Finalidad:	No Aplica		
Motivo de Consulta:	consulta por telexperticia con psiquiatria, dr Juan Molina, psiquiatra		
Enfermedad Actual:	Paciente con antecedente de accidente en octubre 2015, con dolor neuropático en miembro superior izquierdo, cefalea occipital tipo corrientazo. Insomnio secundario a dolor, con perdida de movilidad de miembro superior izquierdo. Ha estado en manejo con clínica de dolor, no recuerda el nombre de los medicamentos. Paciente refiere ansiedad leve, preocupación excesiva.		

• Antecedentes

Fecha y Hora:	18/04/2023 17:15:05	Profesional:	Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)
Planificación:	No	Metodo:	Sin Metodo
Familiares:	Si	NIEGA	
Personales:	Si	NIEGA	
Patológicos:	Si	NIEGA	
Quirúrgicos:	Si	FRACTURA FEMUR IZQUIERDO HACE 6 AÑOS	
Tóxico:	Si	NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS	
Alérgicos:	Si		
Fisiológicos:	No		
Alimentarios:	No		
Traumaticos:	Si	LESION PLEXO BRAQUIAL IZQUIERDO HACE 6 AÑOS	
Farmacologicos:	Si	quetiapina 100mg día, duloxetine 1 tab día	

• Rev.Sistemas y Ex.Fisico

Fecha y Hora:	18/04/2023 17:15:14	Profesional:	Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)
Signos Vitales			
Peso:	1.00 Kg	Talla:	1.0 Cm
Frecuencia Respiratoria:	1 Min	Temperatura:	1.00 °C
		Presion Arterial:	1 /1
		Índice de Masa Corporal:	999.99 Kg/Mtr
		Frecuencia Cardiaca:	1 Min
		Saturación:	1.00 %

• Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1	MOCOA	18/04/2023	17:15:14	1.00	1.0	999.99	1	1	1.00	1/1	1	0	1.00	CESAR AUGUSTO FLOREZ

• Rev.Sistemas y Ex.Fisico

Exámen Físico

Estado General:	Examen mental Alerta, orientado, colaborador, euprosexico, sin alteracion en el curso del pensamiento, sin ideas delirantes, con pensamientos catastroficos, con ideas de muerte, sin ideación suicida, afecto ansioso hipomodulado.
Cabeza:	Normal
Ojos:	Normal

Oídos:	Normal
Nariz:	Normal
Boca:	Normal
Cuello:	Normal
Torax:	Normal
Abdomen:	Normal
G/U:	Normal
Ano:	Normal
Extremidades:	Normal
Neurológico:	Normal
Osteomuscular:	Normal
Piel:	Normal
Revisión por sistema:	Normal
Sistemático Respiratorio:	No
TBC Multidrogoresistente:	No
Sintomático de Piel:	No
Lepra:	No
Sintomático Nervioso	No
Periférico:	
Perimetro Abdominal:	(80) Normal

• Notas Medicas

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:15:47

Profesional: Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)

Identificación: CC

1032445001

Nota

Plan: dr juan daniel molina, psiquiatra
 Duloxetine 60mg/día
 Quetiapina 75mg/día
 Pregabalina 75mg/noche

• Laboratorios y Diagnosticos

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:14:20

Profesional: Cesar Augusto Florez Ortega.
 (medicina .)

Identificación: CC 1032445001

Análisis de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas:	Paciente masculino de 30 años, con antecedente de dolor crónico neuropático, sintomatología ansiosa asociada, en manejo con quetiapina + duloxetine, con persistencia de dolor, migraña, dolor neuropático. Se inicia neuromodulación con pregabalina, se aumenta dosis de duloxetine. Se inicia descenso de quetiapina, según evolución se iniciará profilaxis de migraña, el paciente recibió manejo con amitriptilina previamente sin respuesta adecuada.
Tipo de Diagnóstico:	Confirmado Nuevo
Diag. Principal:	(F419) TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO
Diag. Relacionado1:	
Diag. Relacionado2:	
Diag. Relacionado3:	
Diag. Relacionado4:	

• Notas Medicas

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:16:19

Profesional: Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)

Identificación: CC

1032445001

Nota

se diligencia consentimiento informado en físico

• Imágenes

Toma de Imagen 13/07/2023 Hora: 11:44:11

36c363b0e1f3b7dabfa948e2e2ac63

	GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA	Código: GAE-FR-01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR TELEMEDICINA	Versión: 01
		Fecha: 01/02/2023
		Página: 1 de 2

Ciudad: Mocva Fecha: 18/04/23
Nombre y apellidos del paciente: Alexis Torres Muñoz
Tipo identificación: CC ☒ CE ☐ TI ☐ No. de identificación: 1124857975
Representante Legal o apoyo. Nombre y apellidos: _____
Tipo identificación: CC ☐ CE ☐ TI ☐ No. de identificación: _____
Calidad en que actúa: _____

En el marco de la dignidad, el usuario de servicios de salud tiene derecho a ser informado de los procedimientos en salud que le serán practicados previa su aceptación; en consecuencia se procederá a informar de manera clara y precisa este consentimiento, previo entendimiento de los beneficios y posibles riesgos que pueda tener.

Me ha sido informado que:

La consulta de Telemedicina- teleexperticia: Es el conjunto de actividades, servicios y métodos en salud que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones (TIC).

Este servicio se podrá dar entre un profesional de la salud y el paciente sin la necesidad de estar en el mismo espacio físico. Para lo cual se harán uso de equipos de comunicación que tienen video y audio permitiendo la consulta médica en tiempo real entre el usuario y el especialista. El personal de salud incluye médicos generales, especialistas, subespecialistas, enfermeros y técnicos. La prestación de estos servicios podrá ser usado en cualquiera de sus fases: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, educación, prevención.

Se podrá prestar por modalidad de telemedicina interactiva o Teleexperticia sincrónica. Todo esto aplicando a la ley de protección de datos personales.

La Teleexperticia sincrónica hace referencia a que el paciente y un profesional de la salud cumpla con los siguientes deberes:

Antes de la atención:

- Esté dispuesto en el lugar asistencial donde el personal asistencial le indique.
- Anote todas las enfermedades que padece, medicamentos que toma y todas las dudas que quiera realizarle al médico.
- Tener de forma organizada todos los exámenes diagnósticos que sean necesarios para la consulta.

Durante la atención:

- Si es menor de edad debe estar acompañado por su tutor legal.
- Si presenta situación de discapacidad debe estar acompañado por la persona designada para brindarle el apoyo necesario.
- Solo se atenderá si realizó la firma previamente a la consulta. El profesional de la salud que se encuentra con usted realizará una valoración guiada por el especialista a fin de emitir un concepto por parte del profesional médico.
- Los dos profesionales de la salud durante la cita estarán conversando sobre su caso y al final, el especialista emitirá un concepto.
- Tenga a la mano su historia clínica y exámenes diagnósticos si usted dispone de ellos.
- El profesional de la salud que se encuentre con usted, entregará las recomendaciones y orientaciones que el especialista le dé sobre el manejo de su caso.
- Realice al médico todas las preguntas que estime pertinentes durante la consulta.
- No grabar ninguna consulta sin el consentimiento por escrito del proveedor, así mismo el proveedor no grabará ninguna de nuestras consultas sin mi consentimiento por escrito.

Los beneficios:

- Facilitar el acceso a un concepto especializado, mejorando la oportunidad y favoreciendo la resolutiveidad.
- SOLEEC cuenta con sistemas de información funcional y seguros que le permiten a los profesionales realizar adecuadamente la atención médica, garantizando la intimidad en la consulta e información.

Una vez impreso o descargado este documento se considera copia no controlada

Observaciones: CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA DEL 18 DE ABRIL DE 2023

Lectura de Imagen Fecha: **Hora:** 00:00:00 **Profesional:** .

• **Imágenes**

Toma de Imagen 13/07/2023 **Hora:** 11:44:17

6a8433d537198eb3772c75b2f4bc8c

	GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA	Código: GAE-FR-01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR TELEMEDICINA	Versión: 01
		Fecha: 01/02/2023
		Página: 2 de 2

- Los profesionales que realizan la teleconsulta se encuentran altamente calificados.

Los posibles riesgos:

- Es posible que existan fallas técnicas en la comunicación como caídas del internet o la luz, lo que puede generar demoras en el proceso de atención.
- En algunos casos, la información transmitida puede no ser suficiente para permitir la toma de decisiones apropiadas por parte de su médico tratante, en ese caso él le indicará la conducta a seguir para una revisión más completa.
- SOLEEC cuenta con tecnología que brinda adecuada seguridad, no obstante no estamos exentos a que podamos ser víctimas de un ciberataque. Por lo tanto, se tomarán las medidas necesarias para que no se genere un impacto en la operación y actividades realizadas con los usuarios. Aunque se intentan evitar se pueden generar alteraciones en la transmisión por fallas técnicas como deficiencia en las baterías, disponibilidad de luz, fallos en internet etc, si esto ocurre el personal de la clínica se contactará con usted para reprogramar su cita.

Al ser una relación bidireccional, médico-paciente declaro que he expresado de forma veraz toda la información al médico, no ocultando ninguna información sobre mi estado de salud. Me ha sido informado que tengo el derecho a retirar mi consentimiento para la consulta por Telemedicina-Telexperticia en el momento que lo considere, sin que esto genere afectación alguna en el proceso de atención.

La información médica derivada de esta modalidad de atención, como lo protege la ley es confidencial. Sin embargo, existen algunas excepciones que la ley lo cobija.

Doy mi consentimiento para la atención médica por especialista bajo las anteriores características.

ACEPTO X **RECHAZO** _____

Que se realice la consulta a través de la telexperticia

Alexu Torres
Nombre

[Firma]
Firma

Paciente X Representante _____ Apoyo _____ Testigo _____

Cecilia Flores
Nombre

[Firma]
Firma

1032445001
Registro Médico

Una vez impreso o descargado este documento se considera copia no controlada

Observaciones: CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA DEL 18 DE ABRIL DE 2023
Lectura de Imagen Fecha: **Hora:** 00:00:00 **Profesional:** .

Impreso Por:

[Firma]
FERNANDO MEZA MARTINEZ
BACTERIOLOGO
FLR 10424 U.S.B.

FERNANDO MEZA MARTINEZ
BACTERIOLOGO
Registro Profesional 10424