



CORREO 1 DE 3 Proceso declarativo de primera instancia de Ariel Bernardo Arrázola Merlano contra Compañía de Seguros Bolívar y otros / Rad. 11001310300320240003300 / Contestación demanda

Desde Antonio Pabon <aps@pabonabogados.com>

Fecha Vie 16/08/2024 4:13 PM

Para Juzgado 03 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juridicapabonabogados <juridicapabonabogados@gmail.com>; Dependientepabonabogados <dependientepabonabogados@gmail.com>; Antonio Pabon <pabonabogados@gmail.com>; erikamontesb <erikamontesb@hotmail.com>

 7 archivos adjuntos (9 MB)

6. Contestación demanda CSB.pdf; PODER RAD 202400033 Ariel Bernardo Arrazola Merlano.eml; Derecho de petición a SALUD TOTAL EPS - Proceso Ariel Bernardo Arrázola _ Rad. 2024-00033-00 .eml; 1. Dictamen PCL .pdf; 2. Admite prueba extraprocesal.pdf; 3. Sentencia 4 de octubre 2022.pdf; Póliza 2177 Viva la Vida.zip;

No suele recibir correos electrónicos de aps@pabonabogados.com. [Por qué esto es importante](#)

Respetados doctores,

Con el fin de que obre en el expediente, adjunto remito memorial y anexos.

Teniendo en cuenta el tamaño de los archivos adjuntos, esta contestación se remite mediante tres (3) correos.

Atentamente,

Antonio Pabón Santander



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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 24/03/2023	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 04202300541
Tipo de calificación: Dictamen pericial		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Persona natural	Nombre solicitante: Ariel Bernardo Arrazola Merlano	Identificación: CC 92500936
Teléfono: - 3002289345 - 3103434992	Ciudad: Sincelejo - Sucre	Dirección: Carrera 4 Numero 18b-200 Barrio Vallejo
Correo electrónico: pueblitocampestre@yahoo.com.mx		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar	Identificación: 806008908-2	Dirección: Pie de la Popa Cra. 21 # 29A - 72 Callejón Lequerica
Teléfono: 3004119791	Correo electrónico: recepcion@juntaregionalbol.com	Ciudad: Cartagena de indias - Bolívar

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: Ariel Bernardo Arrazola Merlano	Identificación: CC - 92500936 - Sincelejo	Dirección: Carrera 4 Numero 18b-200 Barrio Vallejo
Ciudad: Sincelejo - Sucre	Teléfonos: - 3002289345 - 3103434992	Fecha nacimiento: 29/11/1962
Lugar: Sincelejo - Sucre	Edad: 60 año(s) 3 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Casado	Escolaridad: Tecnología
Correo electrónico: pueblitocampestre@yahoo.com.mx	Tipo usuario SGSS:	EPS:
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	Trabajo/Empleo:	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	Dirección:
Empresa:	Identificación:	Fecha ingreso:
Ciudad:	Teléfono:	
Antigüedad:		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen de información clínica:

- 22/5/2019 Rm De Rodilla Derecha: conclusión: se aprecia cambios de osteoartritis de predominio en el comportamiento femoral medial donde hay pérdida de grosor prácticamente completo del cartílago, lesión condrales grado II-III a nivel del surco intracondilea femoral. Se aprecia rotura radial que involucra tanto el cuerpo con la raíz posterior del menisco interno con extrusión meniscal asociada.
- 18/1/2021 Historia Clínica – Psiquiatría: 58 años, hipertenso con problemático en rodilla derecha: artrosis degenerativa, dolor; importancia funcional leve y cesante laboralmente alta; Dx: ocasiona disconfort, emoción, irritabilidad baja Autoestima Trastorno Adaptativo Con Alteración De Las Emocionales; secuelas: problemas emocionales por dolor y por importancia.
- 11/8/2022 Historia Clínica – Salud Cardiovascular: “Control RCV” masculino de 59 años de edad, con antecedentes de Hta crónica, quien consulta control de Rev en buenas condiciones generales, asintomática cardiovascularmente, con toma de medicina diaria, por horario, con tolerancia niega hospitalizaciones.
- 30/9/2022 Emg: conclusión estudio electrofisiológico compatible con neuropatía por atrapamiento del nervio mediano a nivel del carpo de carácter leve bilateral.
- 8/10/2022 Rx De Ambas Rodillas Comparativas Frente Y Lateral: conclusión: Gonartrosis Leve Bilateral; Cambios Artropáticos De La Articulación Patelo Femoral Bilateral.
- 22/10/2022 Historia Clínica – Psiquiatría: paciente masculino de 59 años de edad residente en Sincelejo de ocupación empleado de la alcaldía (espacio público) acude por primera vez a consulta de psiquiatría por la EPS, derivado de Colpensiones en contexto de antecedentes médicos de gonartrosis primaria, hipertensión arterial crónica en solicitud de proceso de pensión, manifiesta el paciente síntomas de dolor bilateral en rodillas, limitación para mantener en pie, durante tiempos prolongados desencadenado alteraciones del estado de ánimo, síntomas de tristeza, labilidad afectiva, ideas de minusvalía “siempre he sido deportista y ahora no puedo hacer ejercicios” trastorno del sueño, episodios de irritabilidad conductas de agresividad verbal y física, alteraciones sensorio-perceptivos de tipo visuales; “veo sombras” niega ideas de muerte y plan suicida al momento de la entrevista, paciente que viene siendo atendido por psiquiatría particular, documenta historia del 18/1/2021 indica psicoterapia, apoyo emocional Dx: Trastorno De Adaptación; F412 Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresión; M719 Gonartrosis, No Especificada; L10x Hipertensión Esencial (Primaria).

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 11/03/2023 Especialidad: Md Laboral

El señor ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO, actuando por conducto de apoderado judicial, presenta solicitud de Prueba Extraprocesal, a fin de que se le practique un peritazgo de la pérdida de capacidad laboral por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Lo anterior, con el fin de iniciar un proceso ordinario laboral contra la AFP COLPENSIONES, para reconocimiento de pensión por invalidez.

Valoración 3103434992 Rogelio Arrazola primo : refiere Hta desde 2004, control médico y farmacológico , antes losartán y ayer por cifras Candepres A- 16-5 Mg , hidroclorotiazida 25 m , Desmigras de 20 mg , refiere nicturia , estudios cardíacos al parecer arritmia , hace rato estudio de rayos x, con tratante hace muchos años , al parecer isquemia.

A nivel de rodilla, refiere deportista toda la vida, con dolor hace 6 a 8 años en ambas rodillas al inicio primero la izquierda (zurdo) , control por Ortopedista privado y por AFP colpensiones remitió a EPS Salud total, manejo con nalgésico , el dolor 7-9/10 (EVA) limita posturas prolongadas sedente y bípeda , edema .

En control con psiquiatra desde 2019 control Md particular psiquiatría , con estrés decaimiento y pérdida funcional en relación a diversas actividades, incluyendo deporte . Altera sueño y se despierta a las 2 am, logra descanso en el día al dormir a intervalos.

RXS : uso de lentes formulados

Cargo : agente de ventas y representantes . para Colpatria entre otras , última labor hasta junio del 2006 , posterior independiente , cotizando al sistema de seguridad social.

Vive con esposa .

Videollamada : paciente adulto sobrepeso , a nivel de rodillas evidencia genu varo bilateral predominio izquierdo , con edema ipsilateral en relación a la derecha , con rest Ama bilateral a 100° , extensión completa, leve hipotrofia muslo izquierdo.

Esfera mental : orientado , memoria parcial , no precisa fechas , asiste acompañado familiar , ideas parcial de minusvalía por sus extremidades y alteración del sueño asociado a dolor , no ideas delirantes , anhedonia por su limitación para el deporte y actividad laboral , inteligencia impresiona promedio.

Acorde a las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional frente a la emergencia sanitaria por el COVID-19, la presente calificación y emisión del dictamen, se realiza basado en la comunicación, valoración no presencial, revisión del contenido expediente y acorde a soportes de historial clínico así como soportes relacionados con paraclínicos y evolución médica, conceptos especialistas tratantes con autorización del paciente remitido

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar

Calificado: Ariel Bernardo Arrazola Merlano

Dictamen:04202300541

Página 2 de 5

Otros conceptos técnicos:

CC 92500936 - Ariel Bernardo Arrazola Medrano

Requiere peritazgo de la pérdida de capacidad laboral por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Para proceso ordinario laboral contra la Afp Colpensiones .

Masculino de 60 años, zurdo.en venta en espacio público. Laboro en Representante de ventas en Colpatria

Con dolores en MMII de predominio der Con edema , limita posturas constantes

Con dolor en rodilla con restricción de la movilidad de MMII , limita agacharse, limita su cuidado personal. calzado medias Su esposa le ayuda

Con cefalea , sensación de desmayos

Con dolor y limitación funcional en ambas rodillas

Con tristeza desánimo ,con afectación del sueño

Con HTA, dolor de rodillas

Con limitación en las actividades de movilidad

Limita sobreesfuerzos. Con limitación de las actividades de aprendizaje y comunicación

Con afectación en estado de salud en bebidas y comidas

Limitación para conducir

Limita realizar su trabajo habitual de Representante de ventas.

Fundamentos de derecho:

FUNDAMENTOS DE HECHOS Y DE DERECHO PARA CALIFICAR CONSIDERACIONES, basadas en los Hechos, la Historia clínica. Dx a calificar: 1. DE DERECHO: Ley 100 de 1.993. Artículos 41, 42 y 44 Decreto 1295 de 1.994. Ley 776 de 2002 Ley 1562 de 2012 , Ley 962 del 2005, artículo 52, Decreto 1507/2014, Decreto 1477/2014, Decreto 1072/2015

Análisis y conclusiones:

Secuelas cardiovasculares, osteomusculares - tejido conectivo y de esfera mental.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional**Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias****Diagnósticos y origen**

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M179	Gonartrosis, no especificada	Bilateral		Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión			Enfermedad común
G470	Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]			Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva	2	2.6	1	1	2	NA	11,00%		11,00%

Valor combinado 11,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por trastornos del humor (Eje I)	13	13.2	1	NA	NA	NA	20,00%		20,00%

Valor combinado 20,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular	14	14.15	2		NA	NA	24,00%		24,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.12	NA	NA	NA	NA	7,00%		7,00%

Valor combinado 29,32%

Capítulo

Valor deficiencia

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar

Calificado: Ariel Bernardo Arrazola Merlano

Dictamen:04202300541

Página 3 de 5

Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.	11,00%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	20,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	29,32%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar 49,68%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

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

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.
$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

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

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5 24,84%

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	15
Restricciones autosuficiencia económica	2
Restricciones en función de la edad cronológica	2.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	19,50%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A 0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B 0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C 0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D 0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E 0,4	Dificultad completa, dependencia completa.		

d1	1. 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	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0.2	0	0	0	0.3	0.2	0.7
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0	0	0	0	0	0	0.2	0.2	0	0.4
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.2	0.2	0.3	0	0	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	2
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0.2	0.2	0	0.2	0	0	0.2	0.2	0.2	0.2	1.4
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0.2	0.2	0.2	0	0.3	0.2	0.2	0.3	0	0.2	1.8

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%) 6.3

Valor final título II 25,80%

7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	24,84%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	25,80%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	50,64%

Origen: Enfermedad

Riesgo: Laboral

Fecha de estructuración: 22/10/2022

Fecha declaratoria: 24/03/2023

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Concepto de Psiquiatría

Nivel de pérdida: Invalidez

Muerte: No aplica

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: Si

Enfermedad progresiva: Si

8. Grupo calificador



Judith Elvira Tafur Santis
Médico ponente
Medico especialista en salud ocupacional



Antonio Berrio Puello
Medico especialista en salud ocupacional

Firmado Digitalmente



Jacqueline Silvera Dagis
Fisioterapeuta
1.457 RE 08-359-02-11-03-02
Firmado Digitalmente

**JUNTA REGIONAL
DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ
BOLÍVAR**

**JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
SINCELEJO - SUCRE**

**CODIGO IDENTIFICACIÓN DEL DESPACHO
70-001-31-03-004**

SECRETARIA: Señor Juez, informo a usted que por reparto realizado por la Oficina Judicial de esta ciudad, nos correspondió el conocimiento de la presente Solicitud de Prueba Extraprocesal. Para lo que estime pertinente proveer.

Sincelejo, Sucre, 13 de enero de 2023

**LESBIA ELENA PALLARES RODRÍGUEZ
Secretaria**

**JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
Sincelejo, trece de enero de dos mil veintitrés
Rad: N° 70001310300420220013300**

El señor ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO, actuando por conducto de apoderado judicial, presenta solicitud de Prueba Extraprocesal, a fin de que se le practique un peritazgo de la pérdida de capacidad laboral por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Lo anterior, con el fin de iniciar un proceso ordinario laboral contra la AFP COLPENSIONES, para reconocimiento de pensión por invalidez.

Revisada la solicitud que antecede y sus anexos, se observa que reúne las exigencias legales para ser ordenada; en virtud de lo anterior el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Sincelejo, Sucre,

RESUELVE:

PRIMERO: Admitir la petición de práctica de prueba extraprocesal, en consecuencia se ordenará la práctica de peritación por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, al señor ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO, identificado con la cédula de ciudadanía N°92.500.936.

En consecuencia, envíese al señor ARIEL BERNARDO ARRAZOLA

MERLANO junto con la solicitud de prueba extraprocesal y sus anexos, a la Junta Médica Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar, Córdoba y Sucre, con el objeto de determinar el grado de pérdida de su capacidad laboral.

SEGUNDO: Reconózcase y téngase al doctor ALVARO YESSID LEDESMA AGUAS, abogado en ejercicio, identificado con C.C. N°92.528.872 y T.P. N°105.647 del C.S. de la J. como apoderado judicial del solicitante, en los términos y para los fines del poder conferido.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ÁNGEL MARÍA VEGA HERNÁNDEZ
JUEZ

Señor:

JUEZ LABORAL DE PEQUEÑAS CAUSAS DE SINCELEJO

E. S. D.

Referencia: solicitud de prueba extraprocetal.

ALVARO YESSID LEDESMA AGUAS, mayor de edad e identificado con la cedula de ciudadanía numero 92.528.872 expedida en Sincelejo, portador de la tarjeta profesional de abogado N. 105.647 del C.S de la J, Celular 3014122517, email; zhamersteven@hotmail.com, vecino y residente en la calle 26C#7E-09 de esta ciudad, vengo ante usted en mi condición de apoderado judicial de ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO, mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía número 92.500.936 expedida en Sincelejo email: pueblitocampestre@yahoo.com.mx , celular 3103434992, vecino y residente en la carrera 4 numero 18B-200 barrio vallejo de esta ciudad. para solicitarle la practica de una prueba extra procesal referente a un peritazgo de la perdida de la capacidad laboral de mi ponderante, la presente prueba se realiza por la junta regional de calificación de invalidez tal como lo contempla el decreto 1352 del 2013 articulo 14 que faculta a dicha entidades para actuar como perito, el presente dictamen es con el fin de iniciar un proceso ordinario laboral contra La AFP COLPENSIONES con la finalidad de que se reconozca la pensión por invalidez, y contra las entidades Aseguradoras: compañía de seguros bolivar s.a identificada NIT 860002503-2, direccion avenida el dorado numero 68B-31 en bogota D.C. email: notificaciones@segurosbolivar.com, ALLIANZ seguros de vida s.a , identificada con NIT 860027404-1 direccion: carrera 13A#29-24 Bogota D.C., email: notificacionesjudiciales@allianz.co , Seguros de vida suramericana s.a, identificada con NIT 890903790-5 , direccion : carrera 63#49ª-31 piso 1 edificio camacol en Medellin-Antioquia, email: notificacionesjudiciales@suramericana.com.co referente a la aplicación de la poliza de vida que ampara el siniestro de ITP(incapacidad total y permanente).

El presente peritazgo es sin citación de la contraparte en virtud que cuando una junta regional de calificación de invalidez actúa como perito el dictamen queda en firme una vez es expedido y no admite ningún tipo de controversia, es decir, no permite la interposición de ningún tipo de recurso. Esta solicitud la fundamento en el artículo 183 del CGP referente a pruebas extrajudiciales, artículo 189 de la misma normatividad referente a la prueba de peritazgo.

Es requisito exigido en la junta regional de calificación de invalidez cuando actúa como perito aportar la providencia de juez que ordena el peritazgo por tal motivo se acude ante su despacho a efectos de que proceda a ordenar la respectiva prueba para que proceda a calificar la perdida de capacidad laboral de ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO.

Le aporto la Epicrisis clinica de ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO, y documentos relevantes de su tramite ante colpensiones.

Para efectos de notificaciones las recibiré en el email: zhamersteven@hotmail.com.
Colpensiones las recibira en notificacionesjudiciales@colpensiones.gov.co

Atentamente:

Handwritten signature in black ink that reads "Alvaro Leidesma Aguas".

ALVARO LEDESMA AGUAS
C.C. 92.528.872 expedida en Sincelejo
T.P. 105.647 del C. S de la J.

Señor
JUEZ PRIMERO PEQUEÑAS CAUSAS LABORAL DE SINCELEJO
E. S. D.

Referencia: otorgamiento de poder.

ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO, mayor de edad e identificado con la cedula de ciudadanía 92.500.936 expedida en sincelejo, Vecino y residente en la carrera 4 Numero 155-200 barrio Vallejo de esta ciudad, celular 3002289345, email: pueblitocampestre@yahoo.com.mx, Vengo ante usted para manifestarle que le otorgo poder especial, amplio y suficiente al abogado ALVARO YESSID LEDESMA AGUAS identificado con la cedula de ciudadanía número 92.528.872 expedida en Sincelejo, portador de la tarjeta profesional N. 105.647 del C.S de la J, celular 3014122517, email: chamersteven@hotmail.com, para que en mi nombre y representación solicite la práctica de una prueba extraprocesal de peritazgo ante la junta regional de calificación de invalidez de Bolívar según lo contemplado en el decreto 1352 del 2013 artículo 14, con el objeto de que se me califique la pérdida de capacidad laboral.

Mi apoderado queda facultado para conciliar, recibir, transigir, sustituir y todas aquellas contempladas en el artículo 77 del código general del proceso.

Atentamente:


ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO
C.C. N. 92.500.936 expedida en sincelejo.

Acepto:


ALVARO LEDESMA AGUAS
C.C. 92.528.872 expedida en Sincelejo
T.P. 105.647 del C. S de la J.

NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE SINCELEJO
PRESENTACION PERSONAL

Sincelejo 2022-11-15 08:37:22 Documento: f0ggb

El anterior escrito fue presentado ante EVER LUIS FERIA TOVAR
NOTARIO 2 DEL CÍRCULO DE SINCELEJO personalmente por quien
dijo ser:

ARRAZOLA MERLANO ARIEL BERNARDO
Identificado con C.C. 92500936
Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento

69-1294f17d



Firma compareciente
EVER LUIS FERIA TOVAR
NOTARIO 2 DEL CÍRCULO DE SINCELEJO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **92500936**

ARRAZOLA MERLANO
APELLIDOS

ARIEL BERNARDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1962**

SINCELEJO
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

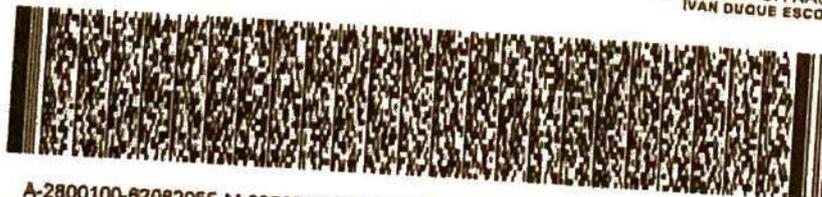
1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

23-FEB-1981 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2800100-62082055-M-0092500936-20000823

0418400235B 03 087184086

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CINCUENTA Y CINCO (55) ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SECCIÓN SEGUNDA

Bogotá, D. C., cuatro (4) de octubre de dos mil veintidós (2022)

ACCIÓN:	TUTELA
PROCESO N°.	11001-33-42-055-2022-00465-00
ACCIONANTE:	ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO
ACCIONADAS:	ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES – COLPENSIONES, y SALUD TOTAL EPS S.A.
ASUNTO:	SENTENCIA TUTELA N°. 132

Procede el despacho a proferir sentencia dentro de la acción de tutela instaurada por el señor Ariel Bernardo Arrázola Merlano, identificado con cédula de ciudadanía N°. 92.500.936, en contra de COLPENSIONES y Salud Total EPS S.A.; al considerar vulnerados sus derechos fundamentales, al: debido proceso y a la seguridad social.

I. Objeto

El accionante pretende¹:

*“1.- Para que se tutele mi derecho al debido proceso y a la seguridad social y en consecuencia **se ordene a la EPS Salud Total que proceda a ordenar la realización de los exámenes ordenados por Colpensiones, los cuales son valoración por ortopedia, en donde se especifique con respecto a la patología gonartrosis, estado actual, examen físico rangos de movilidad articular, requerimiento de ayudas para la marcha, tratamientos instaurados y pendientes; radiografía de rodilla, valoración por medicina interna o familiar donde se especifique respecto a la patología de hipertensión arterial, estado actual, examen físico y cifras tensionales, tratamientos instaurados y pendientes y ecocardiograma, en lo referente a psiquiatría historia clínica de los últimos tres años, diagnóstico, examen mental, tratamientos instaurados, pendientes y pronóstico funcional.***

*2.- Para que **se ordene a Colpensiones informar a la ESP Salud Total lo referente a los exámenes médicos adicionales del afiliado Ariel Arrázola Merlano, quien se encuentra en trámite de calificación en primera oportunidad de la pérdida de capacidad laboral.***

3.- Para que la orden impartida por su despacho sea de obligatorio cumplimiento tanto por la EPS Salud Total, como por Colpensiones.” Negrillas fuera de texto

II. Hechos

Hechos narrados por el tutelante²:

1.- El suscrito es afiliado en pensión a Colpensiones e inició un trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral, medicina laboral de Colpensiones

¹ Folio 1 a 2 Archivo 001DemandayAnexos.pdf

² Folios 1 Archivo 001DemandayAnexos.pdf

me solicitó unos exámenes adicionales que deben ser realizados por parte de la ESP Salud Total.

2.- Los exámenes no me los ha realizado la EPS y Colpensiones me otorgó treinta días, básicamente la EPS aduce que debo pasar por medicina general y de ahí debo hacer tránsito a un especialista, quien determinará diagnóstico y tratamiento a seguir, pero medicina laboral de Colpensiones que tiene mi historia clínico (sic) ordenó una valoración específica, lo cual Salud Total EPS no hace, situación que me otorga perjuicios.

3.- Colpensiones debe enviar el comunicado a la EPS Salud Total y no lo hace, generando que el trámite sea más dispendioso; obsérvese que no aceptan que me lo haga particular sino que debe ser por la EPS y como dije, me causan un perjuicio irremediable, porque en el plazo otorgado Colpensiones si no se entrega el informe solicitado debo empezar de cero y soy una persona enferma, razón por la cual acudo ante el juez constitucional para que se proteja mi derecho a la seguridad social y debido proceso. Negrillas fuera de texto

III. Actuación Procesal

Mediante auto de 26 de septiembre de 2022³, se admitió la acción y se ordenó notificar al presidente (e) de Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES, Doctor José Eduardo Guzmán Silva o quien haga sus veces, y a la gerente de Salud Total EPS S.A., Doctora Gloria Duque o quien haga sus veces.

Las notificaciones se efectuaron en la misma fecha⁴.

Respuesta a las Accionadas

Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES

El 28 de septiembre de 2022⁵, solicitó negar la acción, indicó que el accionante elevó petición de calificación de pérdida de capacidad laboral, a la que dio respuesta mediante Oficio N°. BZ 2022_9812610-2321766 de 4 de agosto de 2022, en el que le solicitó historia clínica completa y actualizada, concediéndole el término de 30 días, pudiendo solicitar prórroga; y como el accionante no aportó los documentos faltantes, ni solicitó la prórroga, mediante Oficio N°. BZ-2022_9812610-2857016 de 19 de septiembre de 2022, le informó que su solicitud había sido cerrada por desistimiento tácito, conforme a lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1755 de 2015; por lo cual, una vez el solicitante cuente con la documentación completa, deberá iniciar un nuevo trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral o revisión de estado de invalidez, diligenciando el formulario dispuesto para ello en cualquiera de los puntos de atención de la entidad.

Salud Total EPS S.A.

El 16 de septiembre de 2022⁶, señaló que se debe negar la acción, ante la ausencia de vulneración de los derechos fundamentales del accionante; indicó que en virtud de la presentación de esta tutela, realizó auditoría al caso a través de su equipo médico, encontrando que se estableció acercamiento con la IPS Clínica Salud Social, para el agendamiento de la cita por la especialidad de ortopedia y traumatología, manifestó que el accionante fue valorado el 28 de septiembre de 2022; luego, se aportó la

³ Folio 1, Archivo 003AutoAdmiteTutela.pdf

⁴ Folio 1, Archivo 004NotificaciónAutoAdmite.pdf

⁵ Folios 1 y ss. Archivo 006RespuestaColpensiones.pdf

⁶ Folio 1 Archivo 016CorreoOficinaInstrumentosPúblicos.pdf.

Folios 2 a 5 Archivo 017RespuestaOficinaInstrumentosPúblicos.pdf

historia clínica de esa atención, evidenciando que el especialista solicitó ayudas de extensión para definir el diagnóstico y acudir a nueva valoración con los resultados; se solicitó realización de radiografía de rodillas comparativas, radiografía de caderas y radiografía de manos, habiéndose autorizado por Salud Total EPS; de igual manera, se generó autorización de valoración por médico internista el 28 de septiembre de 2022, la que agendó para el día siguiente en la IPS Virrey Solís, estableciendo comunicación con el afiliado, a quien se le informó la situación; que en ese contexto, Salud Total, garantizará la prestación de los servicios de salud del asegurado y lo ordenado por sus médicos tratantes, de acuerdo al cuadro clínico y a las patologías del paciente, siempre que se encuentren incluidos en la cobertura del SGSSS.

IV. Pruebas

Accionante

Copia oficio N°. BZ 2022_9812610-2321766 de 4 de agosto de 2022⁷

COLPENSIONES

1.- Solicitud de petición de calificación de pérdida de capacidad laboral, realizada por el demandante el 18 de julio de 2022⁸.

2.- Copia oficio N°. BZ 2022_9812610-2321766 de 4 de agosto de 2022, con constancia de remisión al demandante, el 8 de agosto de 2022⁹.

3.- Oficio N°. BZ-2022_9812610-2857016 de 19 de septiembre de 2022, con constancia de remisión al demandante, de 21 de septiembre de 2022¹⁰.

SALUD TOTAL EPS S.A.

Dentro de su respuesta, relacionó las ordenes de procedimientos, medicamentos y cita, con fechas y horas de los exámenes que le fueron ordenados al tutelante.

V. CONSIDERACIONES

5.1. Competencia

De conformidad con lo establecido en los artículos 1 del Decreto 1983 de 2017 y 37 del Decreto 2591 de 1991, y teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de las entidades accionadas, este despacho es competente para conocer de la acción de tutela.

5.2. Problema Jurídico

Estudiado el expediente, se centra en determinar: si Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES y Salud Total EPS S.A., han vulnerado los derechos al debido proceso y a la seguridad social del demandante, al no practicar los exámenes médicos requeridos para la calificación de pérdida de capacidad laboral, por parte de la administradora de pensiones.

5.3. Acción de Tutela

⁷ Folio 3 y 4 Archivo 001DemandayAnexos.pdf

⁸ Folio 1 y s.s. Archivo 007Anexo1.pdf

⁹ Folio 1 y s.s. Archivo 008Anexo2.pdf

Folio 1 y s.s. Archivo 009Anexo3.pdf

¹⁰ Folio 1 y s.s. Archivo 010Anexo4.pdf

Es preciso indicar que, el artículo 86 de la Constitución Política, consagró la acción de tutela como un mecanismo preferente y sumario para la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, cuando éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad o de los particulares.

Por su parte, el artículo 6 del Decreto 2591 de 1991¹¹, establece que este mecanismo sólo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que la acción de tutela se utilice como un instrumento transitorio en aras de evitar un perjuicio irremediable; circunstancia que debe probarse para acceder a la protección aludida.

5.3.1. Procedencia

La acción de tutela tiene carácter residual, vale decir que, procede en tanto el accionante no disponga de otros medios de defensa judicial para lograr la protección de sus derechos, en tal sentido, el inciso 3° del artículo 86 de la Constitución dispone: *“Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”*.

A su vez, el numeral 1° del artículo 6° del decreto 2591 de 1991, señala que la acción de tutela no procederá: *“Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable...”*

Acentuando la anterior norma, la Corte Constitucional en Sentencia T-177 de 2011, establece:

*“En los casos en que existan medios judiciales de protección ordinarios al alcance del actor, la acción de tutela será procedente si el juez constitucional logra determinar que: (i) **los mecanismos y recursos ordinarios de defensa no son suficientemente idóneos y eficaces para garantizar la protección de los derechos presuntamente vulnerados o amenazados;** (ii) **se requiere el amparo constitucional como mecanismo transitorio, pues, de lo contrario, el actor se vería frente a la ocurrencia inminente de un perjuicio irremediable frente a sus derechos fundamentales;** y, (iii) **el titular de los derechos fundamentales amenazados o vulnerados es sujeto de especial protección constitucional.** La jurisprudencia constitucional, al respecto, ha indicado que el perjuicio ha de ser inminente, esto es, que amenaza o está por suceder prontamente; las medidas que se requieren para conjurar el perjuicio irremediable han de ser urgentes; **no basta cualquier perjuicio, se requiere que este sea grave, lo que equivale a una gran intensidad del daño o menoscabo material o moral en el haber jurídico de la persona;** la urgencia y la gravedad determinan que la acción de tutela sea impostergable, ya que tiene que ser adecuada para restablecer el orden social justo en toda su integridad”*.
Negrillas fuera de texto

La norma y jurisprudencia citadas, indican que para amparar los derechos de una persona por medio de la acción de tutela, es necesario que exista una amenaza real, que no se disponga de otro medio, y/o que se encuentre en un estado de especial protección por parte del Estado.

5.3.2. Subsidiariedad

Al respecto la Corte Constitucional en Sentencia T-076 de 2009, ha señalado reiteradamente que la acción de tutela no procede cuando el peticionario disponga

¹¹ “Por el cual se reglamenta la acción de tutela”.

de otro medio para la defensa judicial de su derecho, a menos que intente la acción como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, haciendo énfasis en el carácter excepcional del mecanismo constitucional de protección, así:

“(…) la acción de tutela no puede convertirse en un instrumento adicional o supletorio al cual se pueda acudir cuando se dejaron de ejercer los medios ordinarios de defensa dentro de la oportunidad legal, o cuando se ejercieron en forma extemporánea, o para tratar de obtener un pronunciamiento más rápido sin el agotamiento de las instancias ordinarias de la respectiva jurisdicción. Su naturaleza, de conformidad con los artículos 86 de la Carta Política y 6º numeral 1º del Decreto 2591 de 1991, es la de ser un medio de defensa judicial subsidiario y residual que sólo opera cuando no existe otro instrumento de protección judicial, o cuando a pesar de existir, se invoca como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, de manera que no puede utilizarse para remplazar los procesos judiciales o administrativos, pues su finalidad no es otra que brindar a las personas una protección efectiva, real y eficaz, para la garantía de sus derechos constitucionales fundamentales. En consecuencia, riñe con la idea de admitirla a procesos administrativos o judiciales en curso o ya terminados, en cuanto unos y otros tienen mecanismos judiciales ordinarios para la protección de derechos de naturaleza constitucional o legal, que por lo tanto la hacen improcedente”.
Negrillas fuera de texto

Así pues, la Corte Constitucional, ha venido sosteniendo que la acción de tutela resulta improcedente cuando con ella se pretenden sustituir mecanismos ordinarios de defensa que no fueron utilizados a su debido tiempo o simplemente no han sido utilizados.

5.3.3. Perjuicio Irremediable

En relación con el perjuicio irremediable la Corte en Sentencia T-1316 de 2001, ha señalado:

*“(…) En primer lugar, el perjuicio **debe ser inminente o próximo a suceder**. Este exige un considerable grado de certeza y suficientes elementos fácticos que así lo demuestren, tomando en cuenta, además, la causa del daño. En segundo lugar, el **perjuicio ha de ser grave**, es decir, que suponga un detrimento sobre un bien altamente significativo para la persona (moral o material), pero que sea susceptible de determinación jurídica. En tercer lugar, **deben requerirse medidas urgentes para superar el daño, entendidas éstas desde una doble perspectiva: como una respuesta adecuada frente a la inminencia del perjuicio, y como respuesta que armonice con las particularidades del caso. Por último, las medidas de protección deben ser impostergables, esto es, que respondan a criterios de oportunidad y eficiencia a fin de evitar la consumación de un daño antijurídico irreparable.”***

Por consiguiente, para que exista un perjuicio irremediable es necesario que este sea inminente, que las medidas para corregirlo sean urgentes, que el daño a su vez sea grave y su protección perentoria.

5.3.4. Inmediatez

La inmediatez es creada para que el amparo de los derechos fundamentales sea de manera rápida, inmediata y eficaz. Es así, que, si se presenta demora en la presentación de la tutela, deberá ser improcedente, por ende, se debe acudir a los mecanismos ordinarios administrativos o de defensa judicial. La Corte Constitucional en Sentencia T-792 de 2009, estableció:

“(…) la jurisprudencia constitucional ha enfatizado en el hecho de que el mismo exige que la acción sea promovida de manera oportuna, esto es, dentro de un término razonable luego de la ocurrencia de los hechos que motivan la afectación o amenaza de los derechos. Esa relación de inmediatez entre la solicitud de amparo y el supuesto vulnerador de los derechos fundamentales, debe evaluarse, según ha dicho la Corte, en cada caso concreto, con plena observancia de los principios de razonabilidad y proporcionalidad.”

En ese sentido, la misma Corporación en Sentencia T-987 de 2008, indicó:

“El presupuesto de la inmediatez como requisito de procedibilidad de la tutela, debe ponderarse bajo el criterio del plazo razonable y oportuno, con esta exigencia se pretende evitar que este mecanismo de defensa judicial se emplee como herramienta que premie la desidia, negligencia o indiferencia de los actores, o se convierta en un factor de inseguridad jurídica. Tal condición está contemplada en el artículo 86 de la Carta Política como una de las características de la tutela, cuyo objeto es precisamente la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales de toda persona, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados. En relación con el plazo razonable, esta Corte ha considerado que el mismo debe medirse según la urgencia manifiesta de proteger el derecho, es decir, según el presupuesto de inmediatez y según las circunstancias específicas de cada caso concreto”.

Luego, para que proceda la acción de tutela, deberá establecerse el tiempo que dura el accionante en reclamar, pues tratándose de derechos fundamentales su exigencia debe ser inmediata.

Conforme a los anteriores referentes normativos y jurisprudenciales, se concluye que, la acción de tutela: *i.)* tiene un carácter subsidiario, *ii.)* debe ser utilizada con el ánimo de evitar un perjuicio irremediable, donde se vean afectados derechos fundamentales, y *iii.)* procede cuando no existen otros medios de defensa judicial, pues de lo contrario dejaría de ser un mecanismo de defensa de derechos fundamentales y se convertiría en un recurso ordinario.

5.4. Derechos Fundamentales Presuntamente Vulnerados

En este caso se aducen como transgredidos los derechos fundamentales, al: debido proceso y seguridad social.

5.5. Derechos Fundamentales – Normas y Jurisprudencia Aplicables

5.5.1. Debido Proceso

El derecho al debido proceso se encuentra consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia, en los siguientes términos: **“Artículo 29. El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas. (...)”** Negrillas fuera de texto

Es decir, que se imponen a las autoridades y a las personas que ejercen funciones públicas, el deber de respetar el debido proceso en todas sus actuaciones, garantizando con ello su observancia, no solo en el ámbito jurídico sino también en lo administrativo, esa garantía se traduce en el respeto que debe tener la administración a las formas previamente definidas, a la salvaguarda de los principios de contradicción e imparcialidad, de que la actuación administrativa se surtirá respetando todas sus etapas, ajustándose al ordenamiento jurídico legal y a los preceptos constitucionales. En esa dirección, en Sentencia T-200 de 2011, la Corte Constitucional, señaló:

“(…) Sobre el debido proceso administrativo la Corte ha precisado que su cobertura se extiende a todo el ejercicio que debe desarrollar la administración pública en la realización de sus objetivos y fines estatales, lo que implica que cobija todas las manifestaciones en cuanto a la formación y ejecución de los actos, a las peticiones que presenten los particulares, y a los procesos que adelante la administración con el fin de garantizar la defensa de los ciudadanos.” Negrillas fuera de texto

Luego, debe recordar el despacho que, el debido proceso se aplica al desarrollo de cualquier actuación que adelante una entidad pública o particular que ejerza funciones públicas, garantizándose así los derechos de defensa y contradicción.

5.5.2. Seguridad Social

La Corte Constitucional, en Sentencia T-043 de 2019, desarrolla el derecho a la seguridad social, en los siguientes términos:

“En relación con la presente consideración, se reiterará y se seguirá muy de cerca, lo ya desarrollado por las Salas de Revisión de Tutelas, en Sentencias T-028 de 2017^[24], T- 378 de 2018^[25], T- 225 de 2018^[26], entre otras, teniendo en cuenta que en ellas se destacó el concepto, la naturaleza y la protección constitucional del derecho a la seguridad social.

El artículo 48 de la Carta Política, dispone que la seguridad social es un derecho irrenunciable y un servicio público en cabeza del Estado, que debe garantizarse a todas las personas “en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”. Para esta Corporación la seguridad social es un derecho de raigambre fundamental, que debe ser definido de la siguiente manera: “conjunto de medidas institucionales tendientes a brindar progresivamente a los individuos y sus familias las garantías necesarias frente a los distintos riesgos sociales que puedan afectar su capacidad y oportunidad, en orden a generar los recursos suficientes para una subsistencia acorde con la dignidad del ser humano”^[27]

En Sentencia T-628 de 2007, esta Corporación estableció que la finalidad de la seguridad social guarda: “necesaria correspondencia con los fines esenciales del Estado social de derecho como el servir a la comunidad; promover la prosperidad general; garantizar la efectividad de los principios y derechos constitucionales; promover las condiciones para una igualdad real y efectiva; adoptar medidas a favor de grupos discriminados o marginados; proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta; y reconocer sin discriminación alguna de la primacía de los derechos inalienables de la persona como sujeto, razón de ser y fin último del poder político^[28], donde el gasto público social tiene prioridad sobre cualquier otra asignación^[29]”

Aunado a lo anterior, es necesario destacar que el concepto de “seguridad social” hace referencia a la totalidad de las medidas que propenden por el bienestar de la población en lo relacionado con la protección y cobertura de unas necesidades que han sido socialmente reconocidas; por ello, con respecto al contenido de este especial derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General No. 19 destacó que: “El derecho a la seguridad social incluye el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo^[30].”

En reiteradas ocasiones, esta Corporación ha señalado que la fundamentalidad de este especial derecho encuentra sustento en su vínculo funcional con el principio de dignidad humana y en la satisfacción real de los derechos humanos, pues, a través de éste, resulta posible que las personas afronten con decoro las circunstancias difíciles que les obstaculizan o impiden el normal desarrollo de sus actividades laborales y la consecuente recepción de los recursos que les permitan ejercer sus derechos subjetivos.^[31]

De igual modo, esta Corporación, en Sentencia T-200 de 2010, destacó que la importancia de este derecho radica en que "su máxima realización posible es una condición ineludible de la posibilidad real de goce del resto de libertades inscritas en el texto constitucional" y, por tanto, se constituye en un elemento esencial para la materialización del modelo de Estado que hemos acogido y que nos define como una sociedad fundada en los principios de dignidad humana, solidaridad, trabajo y prevalencia del interés general.^[32]

A manera de conclusión, la garantía del derecho a la seguridad social, entendida como el mecanismo a partir del cual es posible asegurar la efectividad de los demás derechos de un individuo, en los eventos en los que éste se ha visto afectado por ciertas contingencias, se constituye en uno de los institutos jurídicos que un Estado que pretenda ostentar la condición de Social de Derecho debe asegurar."

6. Hecho Superado

Sobre el particular la Corte Constitucional, en la Sentencia SU-540 de 2007, señaló:

... si lo pretendido con la acción de tutela era una orden de actuar o dejar de hacerlo y, previamente al pronunciamiento del juez de tutela, sucede lo requerido, es claro que se está frente a un hecho superado, porque desaparece la vulneración o amenaza de vulneración de los derechos constitucionales fundamentales o, lo que es lo mismo, porque se satisface lo pedido en la tutela, siempre y cuando, se, suceda antes de proferirse el fallo, con lo cual "la posible orden que impartiera el juez caería en el vacío." Negritillas fuera de texto

Caso Concreto

Pretende el señor Ariel Bernardo Arrázola Merlano, que a través de la acción de tutela, se ordene a Salud Total EPS, realizar los exámenes requeridos por COLPENSIONES, para proceder a la calificación de la pérdida de capacidad laboral, además, se le suministre historia clínica de atención por psiquiatría; y se ordene a COLPENSIONES, informar a Salud Total EPS S.A., lo referente a los exámenes médicos adicionales que requiere; lo anterior para que se surta el trámite de la pérdida de capacidad laboral.

Frente a lo anterior, COLPENSIONES, informó que recibida la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral, con oficio de 4 de agosto de 2022, lo requirió para que en el término de treinta (30) días, aportara historia clínica completa, actualizada y le informó la posibilidad de peticionar prórroga para ello; seguidamente, afirmó que vencido dicho término y ante la falta de solicitud de ampliación, cerró el caso de calificación de la pérdida de capacidad laboral, por desistimiento tácito, y le indicó la posibilidad de efectuarla nuevamente, cuando el accionante cuente con todas las documentales requeridas.

Por su parte, Salud Total EPS S.A., expresó que el accionante asistió a cita por la especialidad de ortopedia y traumatología, como también, autorizó los exámenes médicos ordenados por su médico tratante, y le agendó cita por medicina interna.

De esta manera, lo pretendido por el accionante es que, vía acción de tutela, COLPENSIONES, le informe a Salud Total EPS, cuáles son los exámenes y procedimientos determinados para estudiar la pérdida de capacidad laboral; por su parte, dicha AFP, informó a la EPS, que esa actuación se encuentra a su cargo; de otro lado, el accionante no demostró haber efectuado solicitudes ante la EPS, para la realización de los servicios médicos, y de esta manera, completar su historia clínica.

En ese orden, de acuerdo a lo manifestado por Salud Total EPS S.A., los servicios médicos brindados, si bien no habían sido practicados, en el desarrollo de la acción de tutela, fueron ordenados y parcialmente realizados; lo que genera que deberá negarse, dando aplicación al artículo 26 del Decreto 2591 de 1991, al configurarse hecho superado, por cuanto no existe vulneración al derecho fundamental, ya que el hecho que motivó la acción desapareció.

Es así como, al estar Salud Total EPS, brindándole los servicios médicos, una vez estos sean completados y actualizada la historia clínica, el accionante puede solicitar nuevamente ante COLPENSIONES, para la calificación de la pérdida de capacidad laboral. En consecuencia, se negará la protección a los derechos invocados, como quiera que no se advierten conculcados.

En caso de no presentarse impugnación en contra del presente fallo, por la secretaría del juzgado, se enviará a la Corte Constitucional para su eventual revisión, de conformidad con lo establecido en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

En mérito de expuesto, el **Juzgado Cincuenta y Cinco (55) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por mandato de la ley,

RESUELVE

PRIMERO.- NEGAR la solicitud de amparo presentada por el señor Ariel Bernardo Arrázola Merlano, identificado con cédula de ciudadanía N°. 92.500.936, al presentarse hecho superado; de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO.- Por la secretaría del juzgado, **NOTIFICAR** la presente decisión a las Partes, a la Agente del Ministerio Público Delegada ante este despacho judicial y al Defensor del Pueblo; de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 30 del Decreto 2591 de 1991 y 5 del Decreto 306 de 1992.

TERCERO.- HACER SABER que en contra de la presente decisión, procede el recurso de impugnación, para ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, **dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación.**

CUARTO.- En caso de no ser impugnado el presente fallo, por la secretaría del juzgado, **ENVIAR** a la Corte Constitucional para su eventual revisión; de conformidad a lo establecido en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

QUINTO.- Una vez regrese de la Corte Constitucional, por la secretaría del juzgado, **ARCHIVAR** el expediente, luego de las anotaciones en el Sistema Justicia XXI.

Por la secretaría del juzgado, notificar a los siguientes correos:

procuraduria81bogota@hotmail.com

procjudadm81@procuraduria.gov.co

dinagarcia414@gmail.com

pueblitocampestre@yahoo.com.mx

notificacionesjudiciales@colpensiones.gov.co

notificacionesjud@saludtotal.com.co

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:
Luis Eduardo Guerrero Torres
Juez
Juzgado Administrativo
055
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **6153d14249713fb7a6d5ef22356fb7938cbe2ddb854e5c6db3339a17f3b71966**

Documento generado en 04/10/2022 03:44:21 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

NÚMERO DE PÓLIZA:

Fecha de diligenciamiento

20 / 05 / 2022

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL
 HOGAR VIDA GRUPO PYMES

Tomador
Asegurado

Yo, ASACUADO ASACUADO MATEIANO, identificado(a) con CC No. 92 500 936 de Sincedora, ante COMPANHIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. Y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPANÍAS", y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPANÍAS, manifiesto que:

Acepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPANÍAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentra pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto a asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPANÍAS.

Certifico que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente y la consignada en la declaración de asegurabilidad electrónica # _____ que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco fe que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión o falsedad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPANÍAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizarme los exámenes médicos que considere pertinentes, así como para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:

- A) La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley.
- B) Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de ASACUADO.
- C) He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte.
- D) Entiendo que LAS COMPANÍAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPANÍAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, autos y hogar)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros Tarjeta de crédito número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Capitalizadora Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiéndolo que esto de ninguna manera me exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

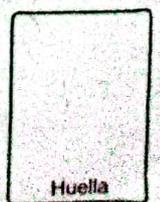
Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPANÍAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 20 de MAYO del año 20 22.

ASACUADO MATEIANO
Nombre del cliente

92 500 936
C.C./ NIT

[Firma]
Firma del cliente



AUTORIZACIONES PARA CONSULTA CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

(1). AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008): A). Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines: 1.1. Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 1.3. Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. B). Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

(2). AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 2.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 2.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscrito(s). 2.3. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 2.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 2.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 2.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades, así como enriquecer mi experiencia como cliente. 2.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia. Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Le recordamos que las finalidades del Núm. 2.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.

(3). GRUPO BOLÍVAR: Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

(4). DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente frente a cada numeral firmo las presentes AUTORIZACIONES el día 20 de MAYO del año 2022.

ARINI ACEVEDO MORAÑO.
Nombre del cliente

92.500.936
C.C./NIT


Firma del cliente

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la Información.

Información de la Entrevista

Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula	
<u>EUGENIA PERALTA MARTINEZ</u>	<u>52063</u>	<u>1108096977</u>	
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina
<u>20-05-2022</u>	<u>12 AM</u>	<u>SINCELESO</u>	<u>2002</u>

Concepto general del cliente:

EUGENIA PERALTA M.
Firma del responsable de la entrevista

Verificación de la Información

Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SI NO

Observaciones:

Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula
Cargo	Localidad	

Señores

JUZGADO TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

J03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

Proceso: Declarativo
Demandante: Ariel Bernardo Arrázola Merlano
Demandado: Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Radicado: 2024-00033-00
Asunto: Contestación a la demanda

ANTONIO PABÓN SANTANDER, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderado especial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, persona jurídica domiciliada en Bogotá, identificada con NIT. 860.002.503, representada legalmente por la doctora **ALLAN IVÁN GÓMEZ BARRETO**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.794.741, igualmente mayor y vecino de esta ciudad, me dirijo respetuosamente a ustedes y dentro de la oportunidad prevista para el efecto, con el fin de contestar la demanda de la referencia, en los siguientes términos:

I. ANOTACIÓN PREVIA – LAS PÓLIZAS OBJETO DE LITIGIO

Teniendo en cuenta que el actor relaciona varios productos en la demanda me permito aclarar que las pólizas objeto de litigio corresponden a las siguientes:

Producto	No. de póliza
Póliza de Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades Viva la Vida hombre	2002126217701
Póliza de Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades Viva la Vida hombre	2002126226801

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL MARCADO COMO 1. No me consta por cuanto se trata de una situación entre terceros en la que no intervino mi representada.

AL MARCADO COMO 2. No me consta por cuanto se trata de una situación entre terceros en la que no intervino mi representada.

AL MARCADO COMO 3. No me consta por cuanto se trata de una situación entre terceros en la que no intervino mi representada.

AL MARCADO COMO 4. No me consta por cuanto se trata de una situación entre terceros en la que no intervino mi representada.

AL MARCADO COMO 5. No es cierto como se plantea pues si bien la póliza *2177 inicialmente terminaba el 25 de mayo de 2023, lo cierto es que terminó anticipadamente el 11 de octubre de 2022 por falta de pago de la prima.

AL MARCADO COMO 6. No es cierto como se plantea pues si bien la póliza *2268 inicialmente terminaba el 31 de enero de 2024, lo cierto es que terminó anticipadamente el 31 de julio de 2023 por falta de pago de la prima. Por otro lado me permito precisar que esta póliza inició su vigencia después de que ocurriera el hecho en el que el demandante fundamenta la acción.

AL MARCADO COMO 7. No es cierto en lo que se refiere a la fecha de inicio de la póliza N.º 2601200647002 pues esta comenzó el 2 de diciembre de 2022. Tampoco es cierto lo relativo al valor de la prima pues correspondía a la suma mensual de \$145.886.

AL MARCADO COMO 8. No me consta lo relacionado con las demás entidades. No obstante, en lo que concierne a Compañía de Seguros Bolívar S.A., aclaro que para la vinculación a los productos, una parte del trámite de suscripción se realizó de manera virtual y posteriormente, se llevó a cabo un trámite presencial.

AL MARCADO COMO 9. Este numeral contiene más de una manifestación frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

En virtud de que el hecho no es claro al indicar a qué póliza se refiere, aclaro que no me consta lo relativo a las supuestas pólizas expedidas por otras entidades distintas a Compañía de Seguros Bolívar S.A.

En cuanto a las pólizas que expidió mi mandante, aclaro que no es cierto que todas tengan dos (2) años de haberlas tomado. Pues, la póliza N.º 2002126226801 inició su vigencia el 31 de enero de 2023, la póliza N.º 2002126217701 inició su vigencia el 25 de mayo de 2022 y la póliza N.º 2601200647001 inició su vigencia el 02 de diciembre de 2021.

No me consta la edad que tenía el señor Arrázola al momento de suscribir las pólizas con mi representada en virtud de que se trata de un hecho entre terceros en el que no intervino mi poderdante.

Por lo demás, frente a la manifestación *“es normal que un colombiano a esta edad padezca algún tipo de problemas de salud, sea que se encuentre diagnosticado o no”* me permito señalar que no es un hecho sino una apreciación subjetiva que carece de fundamento fáctico o jurídico y que además resulta irrelevante para el proceso.

AL MARCADO COMO 10.

No me consta lo relacionado con las demás entidades aquí demandadas. No obstante, en lo relativo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. manifiesto que si bien a mi mandante se le concedió autorización para acceder a la historia clínica del asegurado, lo cierto es que, además de que ello no constituye ninguna obligación legal o contractual de mi mandante, de cualquier forma no se vio en la obligación de acceder a la historia clínica en el momento de la suscripción en tanto, en ese momento puso a disposición del señor Arrázola un cuestionario completo para que él lo diligenciara y pudiera manifestar si padecía o no de alguna de las condiciones o enfermedades por las que se preguntaba en dicho formulario. Y en virtud de que el señor Ariel Bernardo contestó que no, que, salvo algunas enfermedades, se encontraba en buen estado de salud, por principio de buena fe, mi mandante no se vio en la necesidad de confirmar esa información con la historia clínica.

Adicionalmente, es cierto que al señor Arrázola no se le practicó ningún examen, pues, se reitera, no constituye una obligación de la aseguradora, y además, al haber diligenciado el señor Arrázola el cuestionario sobre su estado de salud, y al manifestar que no padecía de la mayoría de las condiciones allí consignadas, mi mandante no se vio obligada a verificar si esta información era verdadera o no, pues, se partió del principio de buena fe del señor Ariel Bernardo.

Por último, aclaro que no es cierto que las pólizas las haya pagado puntualmente, pues, de hecho, la mayoría de ellas fueron anuladas por falta de pago.

AL MARCADO COMO 11. No me consta en virtud de que trata de un hecho entre terceros en el que no intervino mi mandante. No obstante, aclaro que según los documentos que aportó el señor Arrázola con la solicitud de afectación, el trámite para que fuese calificado por la Junta Regional de invalidez, lo inició desde octubre de 2022, pues, presentó acción de tutela contra la EPS SALUD TOTAL y también contra Colpensiones. Todo lo cual, consta en los documentos adjuntos a esta contestación denominados "*sentencia 4 de octubre de 2022*" y "*Admite prueba extraprocesal*"

AL MARCADO COMO 12. No me consta lo relacionado con las demás entidades a las cuales hace referencia este numeral. Sin embargo, en relación con mi representada, aclaro que es cierto que el señor Arrázola solicitó afectar las pólizas objeto de litigio y ante ello, mi mandante objetó la solicitud en virtud de que, para cada una de las pólizas, el asegurado ocultó su verdadero estado de salud, incurriendo en reticencia y por ende, los contratos de seguro son nulos.

AL MARCADO COMO 13. No es un hecho, sino que se trata de una apreciación jurídica de la apoderada de la parte actora, la cual disiente de lo ocurrido en el presente caso, pues, como se demostrará a lo largo del proceso, el señor Arrázola actuó de mala fe al ocultar a mi mandante su verdadero estado de salud. Llama poderosamente la atención el número

elevado de pólizas que ha tomado el señor Arrázola con distintas aseguradoras en un corto lapso, y el que -coincidentalmente - en todos los casos haya manifestado no padecer de las enfermedades por las que se le preguntaba, cuando en realidad sí sufría de una serie de condiciones médicas, tal como se demostrará a lo largo del proceso.

AL MARCADO COMO 14. No me consta por cuanto por el momento, mi mandante no cuenta con registro de dicha conciliación.

AL MARCADO COMO 15. No es un hecho, sino que se trata de una apreciación jurídica y equivocada de la apoderada del actor.

Al respecto, me permito indicar que no me consta el contenido de las pólizas que supuestamente hayan expedido las demás entidades demandadas.

En lo que refiere a Compañía de Seguros Bolívar S.A. no es cierto que en sus clausulados no se definan cuáles son las exclusiones, pues claramente se pactó, para el amparo de incapacidad total y permanente, que no se cubrirían disminuciones de la capacidad laboral que fueran consecuencia de enfermedades psiquiátricas.

Ahora bien, en caso de que la apoderada se esté refiriendo a que no se estipularon las consecuencias de faltar a la verdad, me permito indicar que eso, además de ser irrelevante, tampoco es cierto, pues, ello corresponde a información que se le pone de presente al asegurado al momento de diligenciar las declaraciones de asegurabilidad, y adicionalmente, en cada condicionado también se establece en una cláusula cuales son tales consecuencias, así:

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

De conformidad con las normas legales vigentes, **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **BOLÍVAR**. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por **BOLÍVAR**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad del contrato de seguro.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **BOLÍVAR** solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente a la tarifa estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa adecuada al verdadero estado del riesgo, salvo lo previsto en la Condición Décima Tercera en los términos del artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si **BOLÍVAR**, antes de celebrarse el contrato ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, conviene en subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

AL MARCADO COMO 16. No me consta lo relacionado con las demás entidades, pero, en cuanto a Compañía de Seguros Bolívar S.A. reitero que al señor Arrázola no se le realizó ningún examen médico por cuanto al diligenciar el formulario con preguntas sobre su estado de salud, manifestó no padecer de gran parte de ellas y tener un buen estado de salud, por lo que mi mandante, bajo el entendido de que el señor Arrázola estaba actuando de buena fe y estaba diciendo la verdad, no se vio en la necesidad de realizar examen médico alguno.

Aclaro que desde el principio mi mandante informó de manera clara y precisa al señor Arrázola, las exclusiones del contrato y las consecuencias de faltar a la verdad. Adicionalmente, aclaro que no es responsabilidad ni obligación de mi mandante verificar que el señor Arrázola estuviere diciendo o no la verdad.

AL MARCADO COMO 17. No me consta lo relativo a las demás entidades. En cuanto a Compañía de Seguros Bolívar S.A. manifiesto que no es cierto, toda vez que mi representada sí indagó sobre el estado de salud del señor Arrázola, mediante el formulario denominado “declaración de asegurabilidad” en el cual le preguntó si padecía de una serie de condiciones y enfermedades, ante las cuales, el señor Arrázola contestó negativamente.

Reitero, no existió ningún tipo de negligencia por el hecho de no haber realizado exámenes médicos, pues, además de que no existe obligación legal o contractual de realizar estos exámenes, quien estaba obligado a informar su verdadero estado de salud era el señor Arrázola, y no lo hizo.

III. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

A LA PRETENSIÓN MARCADA COMO 1: No me pronuncio en virtud de que no se dirige contra mi representada.

A LA PRETENSIÓN MARCADA COMO 2: No me pronuncio en virtud de que no se dirige contra mi representada.

A LA PRETENSIÓN MARCADA COMO 3: No me pronuncio en virtud de que no se dirige contra mi representada.

A LA PRETENSIÓN MARCADA COMO 4: Me opongo por cuanto no existe obligación alguna en cabeza de mi representada en virtud de que: (I) el contrato de seguro es nulo por reticencia del asegurado, (ii) no existe

ni mucho menos se ha demostrado la configuración de siniestro alguno y (ii) no existe siniestro por falta de cobertura temporal.

A LA PRETENSIÓN MARCADA COMO 5: Me opongo por cuanto no existe obligación alguna en cabeza de mi representada de realizar pago alguno en virtud de que: (I) el contrato de seguro es nulo por reticencia del asegurado, (ii) no existe ni mucho menos se ha demostrado la configuración de siniestro alguno y (ii) el amparo de incapacidad es ineficaz en tanto el riesgo se configuro antes de la entrada en vigencia de la póliza.

A LA PRETENSIÓN MARCADA COMO 6: Me opongo por cuanto no existe obligación alguna en cabeza de mi representada de realizar pago alguno en virtud de que el contrato de seguro es nulo por reticencia del asegurado.

A LA PRETENSIÓN MARCADA COMO 7: Me opongo por cuanto las pretensiones están llamadas al fracaso.

IV. EXCEPCIONES

1. INEXISTENCIA DE SINIESTRO

De conformidad con lo previsto en el artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a los que esté expuesto el interés asegurado.

En desarrollo de esa disposición legal, mi mandante asumió el riesgo de incapacidad total y permanente para las pólizas N.º **2002126217701** y N.º **2002126226801** en los siguientes términos:

“Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

1.1 Aseo personal: Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.

1.2. Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.

1.3. Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.

1.4. Higiene: Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma

1.5. Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.

1.6. Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un periodo continuo no menor de ciento ochenta (180) días y no haber sido provocada por EL ASEGURADO. (negrilla y subrayado fuera de texto)

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerara como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el periodo continuo de ciento ochenta (180) días de incapacidad”

Significa lo anterior que la afectación del amparo de incapacidad total y permanente requiere: (i) la existencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales en el asegurado (ii) que tales lesiones o alteraciones sean incurables (iii) **que de por vida le impidan realizar 3 o más actividades básicas de la vida diaria** y (iv) **que tales circunstancias existan por un periodo continuo superior a 180 días.**

Sin embargo, al revisar los documentos aportados por la parte actora se puede concluir que las enfermedades que padece no le impiden realizar ninguna de las actividades básicas descritas en el amparo, tal como se evidencia en el concepto médico emitido por la médico profesional Luz Marina Campo que se allega con el presente escrito.

Adicional a lo anteriormente mencionado, tampoco se ha cumplido -ni mucho menos se ha acreditado- con el resto de las condiciones exigidas para acceder el amparo, como lo es contar con un periodo continuo de 180 días de incapacidad.

Por ello, y teniendo en cuenta que la definición y alcance del amparo de incapacidad total y permanente está sujeto a las condiciones pactadas por las partes, que en este caso difieren de la situación particular de la demandante, no hay lugar a acceder a las pretensiones de la demanda.

2. NULIDAD DE LOS CONTRATOS DE SEGURO CONTENIDOS EN LAS PÓLIZAS N.º 20021262177; N.º 20021262268 y N.º 26012006470 QUE DAN ORIGEN A ESTE PROCESO POR RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

Una de las características esenciales que la doctrina ha otorgado al contrato de seguro, es la de ser un contrato de *uberrimae fides*.

En efecto, habida cuenta de que el asegurador asume voluntariamente un riesgo al que está expuesto el asegurado del contrato, lo menos que se puede exigir a este, es que al momento de solicitar el seguro manifieste sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo.

Esa obligación, cumplida cabalmente, permitirá a la compañía de seguros conocer la situación verdadera del riesgo que asume y así, podrá no solamente calcular el valor de la prima, sino también exigir o prohibir ciertas y determinadas conductas a la asegurada, con el fin de que esas circunstancias que inicialmente rodean el riesgo se mantengan en el tiempo y no se genere desequilibrio alguno en la relación contractual.

La declaración de Asegurabilidad se constituye pues en un requisito fundamental para la validez del consentimiento que presta la aseguradora, puesto que ella - presumiendo la buena fe del tomador o asegurado, según el caso - otorga unas coberturas y unos amparos destinados a proteger un bien o una vida que se le ha descrito por parte de quien solicita esa protección.

Ser inexacto al declarar los hechos que rodean el riesgo o, peor aún, ocultar algunos de ellos, vicia el consentimiento de la aseguradora, pues en últimas está asumiendo en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se le describe y sobre el cual se edifica toda una relación contractual.

Consciente de la importancia de la solicitud, el legislador en el artículo 1058 del Código de Comercio, ha consagrado sanciones muy claras para el caso en que el tomador o asegurado oculten o manifiesten inexactamente las circunstancias que determinan el estado del riesgo.

Los dos primeros incisos de ese artículo disponen:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

De la lectura de esta norma se puede concluir lo siguiente:

Existe para el tomador o asegurado, según el caso, la obligación de manifestar **sinceramente** las circunstancias que determinen el estado del riesgo sea mediante cuestionario o sea mediante una simple declaración.

Tanto el ocultamiento de los hechos, como la imprecisión sobre ellos generarán una sanción en contra del tomador.

Cuando esos hechos, reticentes o inexactos, hubieren retraído al asegurador de celebrar el contrato o lo hubieren inducido a estipular condiciones más onerosas, el contrato será nulo.

Una vez sentadas estas premisas conviene examinar cuidadosamente lo sucedido en el presente litigio:

Al momento de diligenciar las declaraciones de asegurabilidad para vincularse a las pólizas que dan origen a este proceso al señor Arrázola se le preguntó si tenía diagnosticada alguna enfermedad, si tenía enfermedades tales como artrosis o enfermedades psiquiátricas, las cuales eran padecidas por el demandante para ese momento y a pesar de lo cual contestó negativamente.

Ahora, teniendo en cuenta las declaraciones de asegurabilidad suscritas para la vinculación a las pólizas, se desprende que, conocía el señor Arrázola que la falta a la verdad generaría la nulidad de cada uno de los contratos de seguro, pues, ello le fue puesto de presente en cada uno de los formularios que diligenció para acceder a las pólizas y los cuales suscribió en señal de aceptación.

A pesar de lo anterior, el señor Arrázola antes de ingresar a las tres (3) pólizas había sido diagnosticado con las siguientes condiciones médicas:

- El **22 de mayo de 2019**¹ se diagnosticó "Rm de rodilla derecha conclusión, se aprecian cambios de osteoartritis de predominio en el comportamiento femoral medial donde hay pérdida de grosor prácticamente completo del cartílago, lesión condrales grado II-III a nivel del surco intracondilea femoral. Se aprecia rotura radial que involucra tanto el cuerpo con la raíz posterior del menisco interno con extrusión meniscal asociada.
- El **18 de enero de 2021**² se diagnosticó en psiquiatría "Dx: ocasiona disconfort, emoción, irritabilidad, baja autoestima, **Trastorno Adaptativo con Alteración de las Emocionales**, secuelas, problemas emocionales por dolor y por importancia
- El **21 de octubre de 2021** se diagnosticó **hiperlipidemia mixta**³

ANTES DE VINCULARSE A LA PÓLIZA 2002126226801:

- El **11 de julio de 2022**⁴ se diagnosticó **síndrome del túnel del carpo**, el cual se reiteró el **11 de agosto de 2022**⁵ y **26 de septiembre de 2022**⁶
- El **6 de octubre de 2022** se diagnosticó con **trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno del mantenimiento del sueño**⁷
- El **11 de octubre de 2022** se diagnosticó **gonartrosis y cambios artropáticos de la articulación**⁸

¹ Ver Folio 4 del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral

² Ver Folio 4 ídem

³ Ver folio 5 de la Historia Clínica

⁴ Ver folio 22 ídem

⁵ Ver folio 14 ídem

⁶ Ver folio 93 ídem

⁷ Ver folio 3 ídem

⁸ Ver folio 6 ídem

- El **8 de octubre de 2022**⁹ se registró “Rx de ambas rodillas comparativas frente y lateral: conclusión **Gonartrosis leve Bilateral**; Cambios artropáticos de la articulación patelo femoral bilateral.
- El **22 de octubre de 2022**¹⁰ se registró “Historia Clínica – Psiquiatría: (...) contexto de antecedentes médicos por gonartrosis primaria, hipertensión arterial crónica **en solicitud de proceso de pensión**, manifiesta el paciente síntomas de dolor bilateral en rodillas, limitación para mantener en pie, durante tiempo prolongados desencadenando alteraciones del estado del ánimo, síntomas de tristeza, labilidad afectiva, ideas de minusvalía “siempre he sido deportista y ahora no puedo hacer ejercicio” trastorno del sueño, episodios de irritabilidad, conductas de agresividad verbal y física, alteraciones sensorio-perceptivos de tipo visuales “veo sombras”. Paciente viene siendo atendido en psiquiatría particular, documentos historia del 18/1/2021 indica psicoterapia, apoyo emocional, DX: **Trastorno de Adaptación; Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión; Gonartrosis**, Hipertensión esencial¹¹

Como resulta claro, dichas circunstancias eran plenamente conocidas por la demandante, no obstante lo cual, al momento de solicitar la vinculación a las pólizas N.º 20021262177, N.º 20021262268 y el otorgamiento de la póliza N.º 2601200647002 dichas condiciones le fueron deliberadamente ocultadas a la compañía aseguradora.

⁹ Ver Folio 4 del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral

¹⁰ Ver Folio 4 ídem

¹¹ Ver folio 99 Historia Clínica

Ahora bien, se trata de hechos que sin duda resultan relevantes del estado del riesgo, y que de haber sido conocidos por mi mandante, la habrían llevado a declinar las solicitudes, tal como lo indicó la doctora Luz Marina Campo en cada uno de los conceptos médicos que emitió con ocasión de la solicitud de indemnización del actor, por lo cual, el consentimiento de mi mandante al momento de celebrarse el contrato quedó viciado.

Sobre el particular, la mencionada galena consideró en cada uno de los conceptos médicos, los cuales allego con el presente escrito, lo siguiente:

3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	<i>SE HUBIERA DECLIANADO EL ANEXO DE ITP</i>
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	<i>SE HUBIERA DECLIANDO EL ANEXO DE ITP</i>

En esos términos, es claro que al momento de solicitar la vinculación a las pólizas, el demandante faltó a la verdad, omitiendo información que era relevante para la Compañía y la cual, de haberla conocido la habrían llevado a declinar los amparos de incapacidad total y permanente que hoy se reclaman, razón por la cual deberá declararse la nulidad de todos los seguros que dan origen a este proceso por reticencia y negarse las pretensiones de la demanda.

3. INEXISTENCIA DE SINIESTRO POR FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LAS PÓLIZAS N.º 20021262177 y N.º 2002126226801

En el remoto evento que el Despacho considerare que la pérdida de capacidad laboral del 50% configura el riesgo cubierto por mi mandante, - que no es así- lo cierto es las pretensiones de la demanda relativas a la póliza 20021262177 y N.º 2002126226801 tampoco podrían prosperar en tanto

ninguna se encontraba vigente para la fecha en que al señor Arrázola supuestamente se le estructuró la pérdida de capacidad laboral superior al 50% (22 de octubre de 2022) ninguna de ellas estaba vigente.

En efecto, en relación con la póliza **20021262177**, esta terminó el 11 de octubre de 2022, antes de que el hecho ocurriera, y, en cuanto a la póliza **2002126226801** la estructuración del tal estado se dio antes de la entrada en vigencia de la misma.

El código de comercio en su artículo 1054 expresa "denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte y los físicamente imposibles no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento".

En ese sentido, se tiene que si eventualmente se considerase que el riesgo asegurado en la póliza de Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades Viva la Vida Hombre correspondería al 50% de PCL bajo el cual se fundamenta la solicitud de afectación, lo cierto es que esta supuesta incapacidad, de conformidad con el dictamen de PCL que fue aportado con la demanda, fue estructurada desde el **22 de octubre de 2022**, es decir, **después del 11 de octubre de 2022** fecha en la cual terminó la vigencia la póliza **2002126217701** por falta de pago, y **antes del 31 de enero de 2023**, fecha en la cual inició la vigencia de la póliza N.º 2002126226801.

Por lo anterior, aun así se llegase a concluir que el riesgo cubierto por la póliza se configuró con la pérdida de capacidad laboral, lo cierto es que de cualquier manera tampoco habría lugar al pago, por cuanto no se encuentra cubierto por el seguro otorgado por mi representada, pues la incapacidad no se ocasionó dentro de su vigencia y por lo tanto, no habría lugar a proferir condena en contra de mi mandante.

4. INEFICACIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA PÓLIZA N°2002126226801 POR INEXISTENCIA DE RIESGO ASEGURABLE – MALA FE DEL ASEGURADO

Constituye un elemento esencial del contrato de seguro el riesgo asegurable, entendido como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del asegurado, del tomador o del beneficiario.

En el presente caso, se amparó el riesgo de incapacidad total y permanente.

No obstante, como se evidencia en el documento que adjunto con el presente escrito denominado “*Dictamen PCL*” al señor Arrázola ya le había sido dictaminada una pérdida de capacidad laboral del 50.64% con fecha de estructuración el **22 de octubre de 2022**.

Adicionalmente, es claro que el señor Arrázola incluso había presentado acción de tutela contra Salud Total EPS y Colpensiones con el fin de que se realizara la calificación de pérdida de capacidad Laboral, sentencia que se emitió el 04 de octubre de 2022 y solicitud de prueba extraprocésal con

el objeto de que se determinara el grado de su pérdida de capacidad laboral que fue admitida el 13 de enero de 2023, es decir, que e señor Arrázola conocía perfectamente su deterioro en el estado de salud y aun así, sabiendo eso, solicitó adquirir una póliza con mi mandante de un riesgo que él plenamente conocía que ya se había configurado.

Significa lo anterior que, para el **31 de enero de 2023** -fecha de inicio de vigencia de la póliza N.º 2002126226801- cuando Compañía de Seguros Bolívar S.A. asumió el riesgo, la pérdida de capacidad laboral del señor Arrázola superior al 50% ya se había estructurado y, en consecuencia, no existía un riesgo que asegurar.

En esos términos, es claro que, al no existir riesgo, los hechos que se reclaman no pueden ser cubiertos por mi mandante ya que el amparo que se pretende afectar es ineficaz, y, por lo tanto, no hay lugar al pago de indemnización alguna.

V. SOBRE EL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito manifestar que la cuantía de la demanda no se estimó bajo gravedad de juramento, razón por la cual no se formula objeción.

VI. PRUEBAS

Solicito se tengan como prueba de esta contestación los siguientes documentos los cuales fueron anexados al escrito de la demanda:

A. Documentales

Solicito respetuosamente al despacho tener como prueba los siguientes documentos:

1. Dictamen PCL
2. Oficio mediante el cual se admite solicitud de prueba extraprocetal
3. Sentencia de fecha 4 de octubre de 2022.
4. Historia Clínica

De la póliza 2002126217701

1. Certificado de la póliza 2002126217701 para la vigencia 2022-2023
2. Certificado de anulación de la póliza 2002126217701
3. Declaración de asegurabilidad en físico
4. Declaración de asegurabilidad online
5. Carta de definición de fecha 29 de mayo de 2023
6. Concepto médico OIV-77719-1

De la póliza 2002126226801

1. Certificado póliza 2002126226801 vigencia 2023-2024
2. Certificado de anulación de la póliza 2002126226801
3. Declaración de asegurabilidad en físico
4. Declaración de asegurabilidad electrónica

De la póliza 2002126226801

1. Certificado de la póliza 2002126226801 con vigencia 2021-2022
2. Certificado de la póliza 2002126226801 con vigencia 2022-2023
3. Certificado de modificación de la póliza 2002126226801
5. Declaración de asegurabilidad electrónica
6. Declaración de asegurabilidad en físico
7. Carta de definición de fecha 09 de junio de 2023.
8. Concepto médico OIV-77719-3

Los documentos antes relacionados se pueden encontrar en el siguiente [enlace](#) organizados según el número de póliza.

B. Interrogatorio de parte

Solicito se fije fecha y hora para que tenga lugar el interrogatorio de parte del señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO**, el cual realizaré oralmente en audiencia o allegaré en sobre cerrado dentro de la oportunidad correspondiente.

C. Testimonios técnicos

1. Solicito respetuosamente al Despacho decretar el testimonio de la Doctora **LUZ MARINA CAMPO**, identificada con cédula de ciudadanía número 34.598.166, quien declarará sobre los hechos de la demanda y su contestación y en especial sobre las enfermedades y condiciones médicas que padecía el señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA** momento de ingresar a la póliza y cómo ellas eran determinantes del estado del riesgo.

Según lo indicado por mi mandante, la doctora Campo recibirá notificaciones en el correo electrónico luz.campo.daza@segurosbolivar.com

2. Solicito respetuosamente al Despacho decretar el testimonio del Doctor **CAMILO ANDRÉS MÉNDEZ CRUZ**, quien declarará sobre los hechos de la demanda y su contestación y en especial sobre las enfermedades que padecía el señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO** antes de ingresar a la póliza y cómo ellas eran determinantes del estado del riesgo.

Según lo indicado por mi mandante, el doctor Méndez recibirá notificaciones en Carrera 10 No. 16 – 39 piso 10 de Bogotá y en el correo electrónico camilo.mendez@segurosbolivar.com

3. Solicito respetuosamente al Despacho decretar el testimonio de la doctora **DIANA MARCELA GÓMEZ**, quien declarará sobre los hechos de la demanda y su contestación y en especial sobre las enfermedades que padecía el señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO** antes de ingresar a la póliza y cómo ellas eran determinantes del estado del riesgo.

Según lo indicado por mi mandante, la doctora Gómez recibirá notificaciones en Carrera 10 No. 16 – 39 piso 10 de Bogotá y en el correo electrónico diana.marcela.gomez@segurosbolivar.com

D. Exhibición de documentos

Con el fin de acreditar que antes del ingreso a las pólizas el señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA** padecía patologías relevantes para el contrato de

seguro, solicito respetuosamente a la Delegatura se ordene a la parte demandante exhibir la totalidad de la historia clínica que haya sido emitida por su médico particular, en especial, aquella de fecha 2020 y 2021, sin perjuicio de allegar la historia clínica que tenga fechas distintas, anteriores o posteriores a estas.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que se trata de documentos que deben reposar en poder del demandante de conformidad con lo registrado en el párrafo 6, del folio 2 del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral expedido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez Bolívar.

E. Oficio

Solicito respetuosamente oficiar a **SALUD TOTAL EPS S.A.** a fin de que remita la historia clínica completa del señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO**, identificado con cédula de ciudadanía número 92.500.936.

En caso de que dicha entidad no tenga la guarda de dicho documento, para que informe las IPS o profesionales de la salud que han atendido al mencionado señor Arrázola

SALUD TOTAL EPS S.A., puede ser notificada en la dirección de correo electrónico notificacionesjud@saludtotal.com.co, anngievo@saludtotal.com.co notificaciones@saludtotal.com.co tal y como consta en su página web.

Adjunto remito derecho de petición enviado a **SALUD TOTAL EPS S.A.** a efectos acreditar el requisito exigido por la ley así como la respuesta de esa entidad.

VII. ANEXOS

- A. Poder para actuar.
- B. Certificado de existencia y representación legal.
- C. Copia de mi tarjeta profesional de abogado.
- D. Los documentos enunciados en el acápite de pruebas.
- E. Derecho de petición elevado a Salud Total EPS

VIII. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Mi mandante tiene domicilio en la ciudad de Bogotá y puede ser notificada en la Avenida el Dorado #68B-31 de Bogotá.

Para los fines previstos en los artículos 3, 6 y 7 del Decreto 806 de 2020, manifiesto al Despacho que los canales digitales elegidos son los correos electrónicos pabonabogados@gmail.com y aps@pabonabogados.com

Igualmente autorizo a mi dependiente para radicar memoriales desde el correo electrónico dependientepabonabogados@gmail.com y juridicapabonabogados@gmail.com

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke at the bottom.

ANTONIO PABÓN SANTANDER
C.C. 80.409.653 de Usaquén
T.P. 59.343 del C.S.J.



REMITO PODER RAD 202400033 Ariel Bernardo Arrazola Merlano

Desde NOTIFICACIONES <notificaciones@segurosbolivar.com>

Fecha Vie 03/05/2024 4:13 PM

Para Antonio Pabon <aps@pabonabogados.com>; marialemaya@hotmail.com <marialemaya@hotmail.com>

 2 archivos adjuntos (599 KB)

Poder (1)(6).pdf; COMPAÑIA.pdf;

Estimados,

Por medio de la presente nos permitimos remitir poder del asunto de la referencia con el fin de que se adelante las labores de defensa de los intereses de la compañía al interior del mismo.

¡Feliz día!

Cordialmente,

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A

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

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

Señores

JUZGADO TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

J03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

Proceso: Declarativo de Responsabilidad Civil Contractual
Demandante: Ariel Bernardo Arrazola Merlano
Demandado: Compañía de Seguros Bolívar S.A. y otros
Radicado: 202400033
Asunto: Poder

ALLAN IVÁN GÓMEZ BARRETO mayor y vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.794.741 de Bogotá D.C., actuando en calidad de representante legal de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** conforme certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **ANTONIO PABÓN SANTANDER**, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía 80.409.653 de Usaquén, abogado inscrito portador de la tarjeta profesional No. 59.343 del C.S.J., titular de la dirección de correo electrónico aps@pabonabogados.com y a **MARÍA ALEJANDRA MAYA CHAVES**, mayor y vecina de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía número 24.337.925 de Manizales, abogada inscrita, portadora de la tarjeta profesional No.165.984 del C.S.J., titular de la dirección de correo electrónico marialemaya@hotmail.com para que en nombre de la sociedad que represento intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

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

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.



ALLAN IVÁN GÓMEZ BARRETO

C.C. 79.794.741 de Bogotá D.C.

Representante Legal

Aceptamos,

ANTONIO PABÓN SANTANDER

C.C. 80.409.653 de Usaquén

T.P. No. 59.343 del C.S.J.

MARÍA ALEJANDRA MAYA CHAVES

C.C. 24.337.925 de Manizales

T.P. No. 165.984 del C.S.J.

Certificado Generado con el Pin No: 2091983932306078

Generado el 02 de mayo de 2024 a las 12:48:01

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

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

NIT: 860002503-2

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

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

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

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

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

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

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

REPRESENTACIÓN LEGAL: Presidentes y suplentes. La sociedad tendrá un Presidente que será reemplazado en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, por uno de cinco (5) suplentes quienes ejercerán la Representación Legal de la Sociedad. No obstante lo anterior, la Junta Directiva podrá designar Representantes Legales para adelantar funciones judiciales, es decir para actuar ante las Autoridades Jurisdiccionales. Serán elegidos por la Junta Directiva para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente, lo que se entenderá surtido, si la Junta Directiva no manifiesta lo contrario. Así mismo podrán ser revocados en cualquier tiempo, si la Junta directiva así lo determina. Representación legal. La representación legal de la Sociedad, su dirección y administración estará a cargo del Presidente de la Compañía o de sus suplentes cuando hagan sus veces, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo anterior y dentro de las normas de los estatutos y de las que adopte la Asamblea General y la Junta Directiva. No podrán desempeñarse como administradores o directivos quienes tengan la calidad de socios o

Certificado Generado con el Pin No: 2091983932306078

Generado el 02 de mayo de 2024 a las 12:48:01

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

administradores de Sociedades intermediarias de seguros o quienes sean administradores de otra entidad aseguradora que explote los mismos ramos de negocios, así como cualquier otra persona frente a quien se presente inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Ley. Funciones del Presidente de la Sociedad, corresponde al Presidente de la Sociedad: a) Representar a la Sociedad como persona jurídica; b) Ejecutar y hacer ejecutar todas las operaciones comprendidas dentro del objeto social, sujetándose a los estatutos, a las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas de la Junta Directiva y a las normas aplicables a la Sociedad; c) Constituir mandatarios y apoderados que obran a sus órdenes y representan a la Sociedad. Adicionalmente, podrán delimitar las funciones de los Representantes Legales de las Sucursales en virtud de lo dispuesto por el Artículo 114 del Código de Comercio, así como las de los Representantes Legales para adelantar funciones judiciales; d) Celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social de acuerdo con sus atribuciones legales estatutarias y las que le confieran la Asamblea General y la Junta Directiva; e) Presentar a la Junta Directiva y con más de quince (15) días hábiles por lo menos de anticipación a la próxima reunión ordinaria de la Asamblea General de Accionistas, el balance, las cuentas, el inventario y la liquidación de los negocios, con un proyecto de distribución de utilidades y un informe sobre la marcha de la Compañía; f) Nombrar o remover todos los empleados y funcionarios de la Compañía cuyo nombramiento no corresponda a la Junta Directiva o a la Asamblea General de Accionistas; g) Convocar a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias y mantenerla al corriente de los negocios sociales; h) Nombrar árbitros y componedores; i) Presentar a la Junta Directiva la proposición de nombramientos o remoción de gerentes de sucursales; j) Suscribir las actas junto con el Secretario General, en el caso de reuniones no presenciales de Asamblea y Junta Directiva, las cuales deberán elaborarse y asentarse en el libro respectivo, dentro de los treinta días siguientes a aquel en que ocurrió el acuerdo; k) Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social; l) Velar porque se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la Revisoría Fiscal; m) Guardar y proteger la reserva industrial y comercial de la Sociedad; n) Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada; o) Dar un trato equitativo a todos los Accionistas y respetar el ejercicio del derecho de inspección de todos ellos; p) Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias; q) Abstenerse de participar por si o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la Sociedad o en actos respecto de los cuales exista conflictos de interés, salvo autorización expresa de la Asamblea General de Accionistas y velar porque no se presenten conflictos de interés en decisiones que tengan que tomar los Accionistas, Directores, Administradores y en general los funcionarios de la Sociedad. En todo caso la autorización de la Asamblea General de Accionistas sólo podrá otorgarse cuando el acto no perjudique los intereses de la Sociedad; r) Ejercer las demás funciones que le asignen o deleguen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. (Escritura Pública 4875 del 2 de diciembre de 2021 Notaria 5a de Bogotá)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Alberto Carrillo Buitrago Fecha de inicio del cargo: 01/01/2022	CC - 79459431	Presidente
David Leonardo Otero Bahamon Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 91514879	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Claudia Marcela Sánchez Rubio Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020	CC - 65745726	Cuarto Suplente del Presidente

Certificado Generado con el Pin No: 2091983932306078

Generado el 02 de mayo de 2024 a las 12:48:01

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro José Cobo Quintero Fecha de inicio del cargo: 10/02/2022	CC - 14898861	Quinto Suplente del Presidente (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2024009832-000 del día 29 de enero de 2024 que con documento del 24 de enero de 2024 renunció al cargo de Quinto Suplente del Presidente y fue aceptada por la Junta Directiva Acta No. 1467 del 24 de enero de 2024. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Juan Fernando Parra Roldán Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 79690071	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Diego Felipe Pinilla Rincón Fecha de inicio del cargo: 18/08/2023	CC - 80182657	Representante Legal para Adelantar Funciones Exclusivamente Judiciales
Allan Iván Gómez Barreto Fecha de inicio del cargo: 09/03/2021	CC - 79794741	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Hernando Fabiano Ramírez Rojas Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 79911703	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Luz Mila Rondón Torres Fecha de inicio del cargo: 26/10/2022	CC - 52711461	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
José David Gómez García Fecha de inicio del cargo: 18/08/2023	CC - 1032408520	Representante Legal para adelantar Funciones Exclusivamente Judiciales
María Alejandra Maya Chaves Fecha de inicio del cargo: 18/08/2023	CC - 24337925	Representante Legal para adelantar Funciones Exclusivamente Judiciales
Sergio Vladimir Ospina Colmenares Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 79517528	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales

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

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

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

Resolución S.B. No 2511 del 18 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012,

Certificado Generado con el Pin No: 2091983932306078

Generado el 02 de mayo de 2024 a las 12:48:01

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

modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

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

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

Resolución S.F.C. No 0828 del 04 de agosto de 2021 autoriza la cesión de todos los contratos de seguros del ramo de vida individual de la cedente HDI SEGUROS DE VIDA S.A., a la cesionaria SEGUROS BOLÍVAR S.A. en las condiciones informadas y por las razones expuestas en la parte motiva de esta Resolución.



NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL

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

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
80.409.653

NUMERO
PABON SANTANDER
 APELLIDOS
ANTONIO
 NOMBRES

FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-FEB-1966**
BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 **O+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
30-MAY-1984 USAQUEN
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
 ALVARO ESTRELLA BERRIJO LOPEZ



A-1500102-42133683-M-0080409653-20050966 0186609240W 02 180541064



Derecho de petición a SALUD TOTAL EPS - Proceso Ariel Bernardo Arrázola / Rad. 2024-00033-00

Desde Pabon Abogados <pabonabogados@gmail.com>

Para notificacionesjud@saludtotal.com.co <notificacionesjud@saludtotal.com.co>; Anngie Tatiana Valencia Ospina <AnngieVO@saludtotal.com.co>; notificaciones@saludtotal.com.co <notificaciones@saludtotal.com.co>; Dependiente Pabon Abogados <dependientepabonabogados@gmail.com>; Pabon Abogados <pabonabogados@gmail.com>; Area Juridica <juridicapabonabogados@gmail.com>

 5 archivos adjuntos (3 MB)

Derecho de petición SALUD TOTAL.pdf; Cédula APS.pdf; Tarjeta Profesional APS.pdf; 3. 20220520 Declaración de asegurabilidad física.pdf; CEDULA ARIEL BERNARDO.pdf;

Respetados Señores,

De manera atenta me permito radicar formalmente derecho de petición y anexos.

Atentamente,
Antonio Pabón Santander

Bogotá, D.C

17 de mayo de 2024

Señores
SALUD TOTAL EPS S.A.
notificacionesjud@saludtotal.com.co
anngievo@saludtotal.com.co
notificaciones@saludtotal.com.co

Ciudad

Referencia: Derecho de petición

ANTONIO PABÓN SANTANDER, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.409.653 de Usaquén y tarjeta profesional número 59.343 del C.S.J., inscrito en el Registro Nacional de Abogados con el correo electrónico aps@pabongabogados.com, en calidad de apoderado judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** quien figura como demandada dentro del proceso con radicado 2024-00033-00 adelantado ante el Juzgado Tercero Civil del Circuito por el señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO** en ejercicio del derecho de petición previsto en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me dirijo respetuosamente con el fin de solicitarles se sirvan de:

- Remitir la historia clínica completa del señor **ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO**, identificado con cédula de ciudadanía número 92.500.936.

En caso de que no tengan la guarda de dicho(s) documento(s), solicito respetuosamente que informen las IPS o profesionales de la salud que han atendido al mencionado señor Arrázola

Lo anterior, en virtud de que se hace necesario que dicha información sea aportada como material probatorio al proceso de referencia en donde el señor Arrázola es parte.

ANEXOS

1. Copia de la cédula de ciudadanía del señor Ariel Bernardo Arrázola
2. Poder que fue otorgado por mi mandante.
3. Declaración de asegurabilidad mediante la cual se autoriza el acceso a la historia clínica por parte del señor Arrázola

NOTIFICACIONES

El suscrito apoderado tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá y puede ser notificado en el correo electrónico pabonabogados@gmail.com o en mi oficina de abogado ubicada en la Carrera 18 # 78-40 oficina 401 de Bogotá, D.C. , teléfono 6218265.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and curves, positioned above the printed name.

ANTONIO PABÓN SANTANDER

C.C. 80.409.653

T.P 59.343 del C.S.J.,

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **92500936**

ARRAZOLA MERLANO
APELLIDOS

ARIEL BERNARDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1962**

SINCELEJO
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

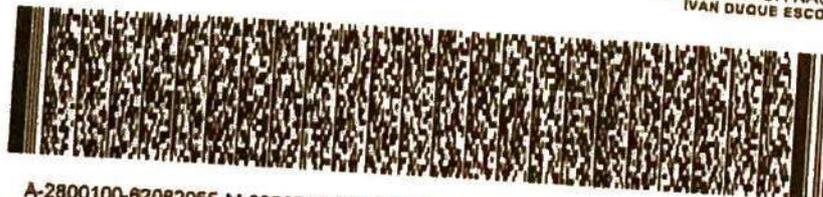
1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

23-FEB-1981 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2800100-62082055-M-0092500936-20000823

0418400235B 03 087184086

123291

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

59343

92/02/28

91/05/30

Tarjeta No

Fecha de Expedición

Fecha de Grado

ANTONIO

PABON SANTANDER

80409653

Cedula

CUNDINAMARCA

Consejo Seccional

PONTIFICIA JAVERIANA

Universidad



Presidente Consejo Superior de la Judicatura

[Handwritten signature]

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**DIRECCIÓN:** CRA 4 18B 200**CIUDAD:** SINCELEJO-SUCRE**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**SEGURO DE VIDA****CERTIFICADO DE SEGURO****Póliza N°:** 2002126217701**Certificado:** 0 **N°:** 001**Fecha de Expedición:** 25/05/2022**OBSERVACIONES:** CERTIFICADO DE SEGURO

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	25/05/2022	25/05/2023
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO	92500936	MASCULINO	59 AÑOS	84 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
ANDRES FELIPE ARRAZOLA SAMPEDRO	1102849708	HIJO/A	50	\$50,000,000
MARIA RAQUEL ARRAZOLA SAMPEDRO	1039463989	HIJO/A	50	\$50,000,000

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
EUCLIDES RAFAEL PERALTA MARTINEZ	2824216 - 3008016410

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$100,000,000	\$1,545,000
916 ITP SUMA ADICIONAL	\$300,000,000	\$848,400

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Incremento valor asegurado: IPC + 0 Adicional. 0 %

Código de clausulado que aplica: 01112018-1407-P-37-VI-505-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
- ASSIST CARD - SEGUNDA OPINION MEDICA - ASISTENCIA BOLIVAR	

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$2,393,400
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$2,393,400
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL



El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529770751339001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Firma Representante Legal

RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 2002126217701
Certificado: 0 N°: 001
Fecha de Expedición: 25/05/2022



Compañía de Seguros Bolívar S.A.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529770751339001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Copia CLIENTE

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE:	ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$2,393,400
TOTAL A PAGAR	\$2,393,400
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL

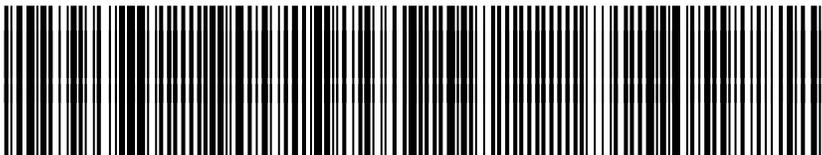
NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

Firma Representante Legal

Página 1 de 2

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR	\$2,393,400
PARA PAGO EN BANCOS	



(415)7709998010253(8020)0529770751339001(3900)000002393400(96)20220709

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

REFERENCIA 0529770751339001

Póliza N°: 2002126217701

Valor efectivo :

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Copia BANCO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:

Davivienda: 1044171

Bancolombia: 64911

Banco de Occidente: 18666

Grupo Éxito: 4286

Página en blanco

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE AHORRO CON PARTICIPACION DE UTILIDADES VIVA LA VIDA HOMBRE

01112018-1407-P-37-VI-505-00DI

PARTE PRELIMINAR

Con sujeción a las Condiciones de la presente póliza, la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. que en el presente contrato de seguro se llamará **BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, la cual se incorpora al contrato de seguro de vida para todos sus efectos, pagará en caso de siniestro a **EL ASEGURADO** o su (s) Beneficiario (s) la suma asegurada que se indica en la carátula de la póliza del seguro de vida más el valor de cesión alcanzado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades a la fecha de pago.

En lo no previsto por esta póliza, los derechos y las obligaciones emanadas del presente contrato se rigen por lo previsto en el Código de Comercio, la regulación financiera y la regulación en materia de Protección al Consumidor Financiero.

CONDICIÓN PRIMERA. - AMPAROS DEL SEGURO DE VIDA

1.1. Amparo básico del seguro de vida.

Con sujeción a las condiciones de la presente póliza, **BOLÍVAR** cubre durante la vigencia de la misma, el riesgo de muerte de **EL ASEGURADO**.

1.2. Amparos adicionales.

Mediante convenio expreso, entre **BOLÍVAR** y **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, **BOLÍVAR** otorga los siguientes amparos adicionales a través de anexos a la presente póliza:

1.2.1. Anexo de Accidentes Personales.

1.2.2. Anexo de Enfermedades Graves como Suma Adicional.

1.2.3. Anexo de Enfermedades Graves e Invalidez como Anticipo.

1.2.4. Anexo de Incapacidad Total y Permanente.

1.2.5. Anexo de Incapacidad Total y Permanente como Suma Adicional.

1.2.6. Anexo de Exoneración de Pago de Primas.

1.2.7. Anexo de Invalidez como Suma Anticipada.

CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA.

Dentro del primer (1) año, contado a partir de la fecha de iniciación de vigencia del seguro o desde la fecha en que se apruebe cualquier aumento de valor asegurado realizado por **EL ASEGURADO, BOLÍVAR** no queda obligada al pago de ninguna indemnización por los siguientes eventos:

2.1. Suicidio.

Si **EL ASEGURADO** se quita la vida estando en su sano juicio o demente, sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, o en cualquier otra circunstancia.

Transcurrido el plazo señalado, el evento de suicidio está amparado bajo la presente póliza.

CONDICIÓN TERCERA. - VALOR ASEGURADO.

El valor asegurado en cualquier momento de la vigencia de la póliza es igual a la suma del valor asegurado nominal más el valor de cesión alcanzado a esa fecha.

3.1. Valor asegurado nominal.

El valor asegurado nominal se estipula en pesos y corresponde inicialmente al valor asegurado que se indica en la carátula a la fecha de expedición del seguro.

Con el objetivo de garantizar el valor adquisitivo de la suma asegurada **BOLÍVAR** le ofrece al **TOMADOR** las siguientes alternativas de incremento automático anual:

El valor asegurado se incrementará automáticamente en el aniversario de la póliza según la opción escogida por **EL ASEGURADO** en la Solicitud de Seguro de Vida. En caso de que no sea elegido ningún tipo de incremento de valor asegurado ofrecido por **BOLÍVAR**, este se incrementará automáticamente de acuerdo con la variación del IPC de los últimos 12 meses. El incremento del valor asegurado se liquidará en el primer aniversario de la póliza sobre el valor asegurado inicial y en los años siguientes sobre el valor asegurado acumulado, teniendo en cuenta los incrementos anteriores.

Si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** no desea que se aumente automáticamente el valor asegurado en cualquiera de las renovaciones, deberá presentar solicitud escrita a **BOLÍVAR**, a más tardar en la fecha de vencimiento del período de gracia para el pago de primas.

El valor asegurado nominal sólo se podrá modificar en los aniversarios de la póliza, de acuerdo con el incremento porcentual, si este ha sido pactado por **EL ASEGURADO** en la Solicitud de Seguro de Vida. Cualquier otra modificación del valor asegurado estará sujeta a la aprobación de **BOLÍVAR**.

EL TOMADOR ha sido informado de estas condiciones en el momento de diligenciar la solicitud de seguro.

3.2. Valor de cesión.

El valor de cesión durante cualquier fecha dentro de la vigencia de la póliza será igual al monto que **EL ASEGURADO** acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, aprobado por la Superintendencia Financiera.

CONDICIÓN CUARTA. – PRIMA DEL SEGURO DE VIDA.

La prima del seguro de vida está compuesta por la prima de riesgo a través de la cual se cubre el riesgo de vida de **EL ASEGURADO** y los amparos adicionales y por un componente de ahorro a través del cual **EL ASEGURADO** va constituyendo los valores de cesión en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

CONDICIÓN QUINTA. - LUGAR PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes al seguro de vida pueden pagarse de las siguientes formas:

- Pago en línea.
- Con el recibo de pago en cualquiera de las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia, Grupo Éxito o Banco de Occidente.
- Por medio de débito automático a través de tarjetas de crédito, cuentas corrientes o cuentas de ahorro (en este caso **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** a cargo de quien se encuentre el pago de la prima, se obliga a mantener disponibles durante todo el lapso comprendido entre el primero (1°) y el último día del mes previsto para efectuar el descuento, según periodicidad de pago pactada, el cupo o fondos necesarios para que **BOLÍVAR** pueda efectuar el proceso de débito automático y recaudo de la prima. Las entidades financieras con las que **BOLÍVAR** tiene habilitada esta opción están disponibles en la página WEB: www.bolnet.com.co/img/convenios/rec_deb_aut.htm.
- Pagar a plazos a través de los programas de financiación de **BOLÍVAR**.

CONDICIÓN SEXTA. - PERIODICIDAD PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.

A solicitud escrita de **EL ASEGURADO**, en el momento de la expedición o renovación del seguro, la prima del seguro de vida podrá fraccionarse en períodos mensuales, semestrales o anuales, sujeto a la aprobación de **BOLÍVAR**.

Para el fraccionamiento de la prima de riesgo se aplicará un factor de recargo por pago semestral o mensual. Para el fraccionamiento del componente de ahorro no se aplicará ningún recargo.

CONDICIÓN SÉPTIMA. - PLAZO DE GRACIA.

Excepto para la primera prima, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, a partir de las fechas convenidas y que para tal efecto se ha señalado en la carátula de la póliza.

La falta de pago de las primas posteriores a la primera, transcurrido el período de gracia, y después de aplicado el pago automático de primas a que se refiere la Condición Octava del presente capítulo, producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida a partir de la fecha hasta donde alcance a cubrir las primas efectivamente pagadas y **BOLÍVAR** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo, en los términos del artículo 1068 del Código de Comercio. Si **EL ASEGURADO** fallece durante el período de gracia, **BOLÍVAR** deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago.

CONDICIÓN OCTAVA. - PAGO AUTOMÁTICO DE PRIMAS.

Si después de haberse iniciado la vigencia de este seguro de vida, la prima de riesgo no es pagada en la fecha pactada, ni durante el período de gracia, y hubiere valor de cesión, **BOLÍVAR** trasladará automáticamente el importe de dicha prima, disminuyéndose en esa misma cantidad el valor de cesión en la fecha límite en que se debió realizar el pago.

En caso que el valor de cesión no sea suficiente para cubrir dicha suma, **BOLÍVAR** trasladará el valor disponible para sufragar aquella parte de la prima de riesgo que alcance a cubrir, quedando la póliza prorrogada por el período proporcional a la parte de la prima pagada en esta forma.

EL ASEGURADO autoriza a **BOLÍVAR** para aplicar dicho pago automático de las primas de riesgo en forma proporcional al seguro de vida (Amparo Básico, Anexo de Accidentes Personales, Anexo de Enfermedades Graves como Suma Adicional o Anexo de Enfermedades Graves e Invalidez como Anticipo, Anexo de Incapacidad Total y Permanente, Anexo de Incapacidad Total y Permanente como suma adicional, Anexo de Invalidez como suma anticipada).

Cuando se agote el valor de cesión, se producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida.

CONDICIÓN NOVENA. – FONDO DE PLANES CON PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El Fondo de Planes con Participación de Utilidades se establece como el instrumento a través del cual se va constituyendo el valor de cesión del seguro, mediante el traslado del valor del componente de ahorro, de acuerdo con la nota técnica aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONDICIÓN DÉCIMA. - DINÁMICA DEL FONDO DE PLANES CON PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El retorno de los rendimientos del valor de cesión acumulado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades se hace a través de una tasa (neta de gastos) que se aplica diariamente a dicho valor de cesión acumulado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades. El valor de la tasa varía dependiendo del resultado de las inversiones que **BOLÍVAR** realice dentro de la gestión administrativa de los valores de cesión del Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

Por medio de solicitud expresa a **BOLÍVAR**, **EL ASEGURADO** puede efectuar retiros y reintegros del Valor de Cesión. Los retiros parciales serán hasta del 90% del valor de cesión, de acuerdo con las siguientes condiciones:

10.1. Los retiros deben provenir de aportes que hayan permanecido por lo menos un año en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

10.2. Toda solicitud de retiro del fondo, deberá contar con la firma de **EL ASEGURADO**.

PARÁGRAFO. BOLÍVAR se obliga a retornar a **EL ASEGURADO** en este seguro de vida de ahorro con participación, no menos del setenta por ciento (70%) de la utilidad originada en la inversión de sus reservas matemáticas y técnicas, determinada en la forma prevista en el numeral segundo del artículo 201 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

De conformidad con las normas legales vigentes, **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **BOLÍVAR**. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por **BOLÍVAR**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad del contrato de seguro.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **BOLÍVAR** solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente a la tarifa estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa adecuada al verdadero estado del riesgo, salvo lo previsto en la Condición Décima Tercera en los términos del artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si **BOLÍVAR**, antes de celebrarse el contrato ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, conviene en subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA.- IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años en vida de **EL ASEGURADO** desde la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro de vida, la suma asegurada de vida no podrá ser reducida por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. - ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del **ASEGURADO** se comprobare inexactitud en la Solicitud del Seguro de Vida, se aplicarán las siguientes normas:

- 13.1.** Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **BOLÍVAR**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la Condición Décima Primera en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.
- 13.2.** Si es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima percibida por **BOLÍVAR**.
- 13.3.** Si es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 13.2 de la presente condición.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. - BENEFICIARIOS.

EL ASEGURADO podrá cambiar la designación de beneficiarios del seguro de vida en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza pero tal cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a las oficinas de **BOLÍVAR** a nivel nacional. El cambio podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto cuando este tenga la calidad de oneroso, caso en el cual, para cambiarlo, se requiere su consentimiento o la desaparición del interés que lo legitima. El cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a **BOLÍVAR**; adicionalmente, en este documento debe constar el sello y la fecha de recibido por parte de **BOLÍVAR**.

Cuando no exista designación de beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa o el beneficiario fallezca simultáneamente con **EL ASEGURADO** o se ignore cual de los dos ha muerto primero, tendrán la calidad de tales según lo establece el artículo 1142 del Código de Comercio, el cónyuge de **EL ASEGURADO**, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será el equivalente al valor de la deuda indicado por **EL ASEGURADO** en el momento de la designación del beneficiario oneroso o al saldo insoluto de la deuda en la fecha de fallecimiento de **EL ASEGURADO**, en caso de que dicho saldo sea menor.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. - LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA.

15.1. Edad mínima para la contratación de la póliza es de 20 años.

15.2. La edad límite de cobertura y de aportes al Fondo de Planes con Participación de Utilidades es de 84 años y 364 días.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. - OPCIONES DE LIQUIDACIÓN.

EL ASEGURADO podrá, durante la vigencia de la póliza, acogerse a una de las siguientes opciones de liquidación, cuando solicite la terminación del contrato:

16.1. Pago del valor de cesión en efectivo.

EL ASEGURADO podrá, mediante comunicación escrita presentada en las oficinas de **BOLÍVAR**, solicitar el pago del valor de cesión que acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, caso en el cual la póliza será cancelada.

16.2. Seguro saldado.

EL ASEGURADO podrá contratar un seguro saldado de por vida por el valor asegurado que se calcule, según la nota técnica de la póliza, con base en el valor de cesión existente en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, sin que dicho valor asegurado exceda el valor alcanzado por este seguro a la fecha de utilización de esta opción.

Cualquier saldo que hubiere a favor de **EL ASEGURADO** una vez efectuada esta liquidación, será reembolsado en efectivo en la misma fecha del cambio.

16.3. Seguro prorrogado.

EL ASEGURADO podrá contratar un seguro prorrogado cuya vigencia se extenderá por el término que se calcule de acuerdo con la nota técnica de la póliza, con base en el valor de cesión que acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, contado desde la fecha de vencimiento de la prima no pagada, hasta por un valor asegurado igual al valor asegurado alcanzado en la fecha de la prórroga.

Cualquier saldo que hubiere a favor del **ASEGURADO** una vez efectuada esta liquidación, será reembolsado en efectivo en la misma fecha del cambio.

16.4. Valor de cesión como garantía.

EL ASEGURADO podrá utilizar el valor de cesión de esta póliza como garantía de cualquier obligación que contraiga con terceros. Para el efecto, deberá dirigir a **BOLÍVAR** una comunicación escrita para indicar que el valor de cesión a que tiene derecho quedará afecto al cumplimiento de determinada obligación. **EL ASEGURADO** deberá indicar además, la clase, la cuantía y el nombre del acreedor. En tal caso, la utilización del valor de cesión tendrá un máximo igual al monto que **EL ASEGURADO** pudiere exigir como retiro parcial en la fecha en que **BOLÍVAR** reciba la respectiva comunicación.

El valor de cesión que esté siendo utilizado como garantía, no estará disponible para el efecto del pago automático de primas estipulado en la Condición Octava.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA.- CONVERSIÓN.

En cualquier aniversario de la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y la edad de **EL ASEGURADO** no exceda la edad límite, se podrá rescindir el seguro y tomar otro, sin pruebas de asegurabilidad, bajo uno de los planes de seguro de vida individual de los que emite **BOLÍVAR**, con excepción de los temporales y crecientes, con base en la edad alcanzada por **EL ASEGURADO** y por un valor asegurado no mayor al de esta póliza en la fecha de conversión.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA.- VALOR A INDEMNIZAR.

18.1. Pago de la indemnización

BOLÍVAR pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro. Dicha obligación está condicionada al cumplimiento de los requisitos legales y contractuales correspondientes.

18.2. Plazo para el pago de la indemnización.

En caso de fallecimiento de **EL ASEGURADO**, **BOLÍVAR** pagará a los beneficiarios el valor asegurado

alcanzado a la fecha de siniestro. Conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio, el pago se efectuará dentro del mes siguiente a la fecha en que el o los beneficiarios acrediten su derecho.

EL ASEGURADO autoriza a **BOLÍVAR** a que solicite, aún después de su fallecimiento, el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite **BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO o Beneficiarios quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

EL ASEGURADO o Beneficiarios, a petición de **BOLÍVAR**, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

18.3. Opción para el pago de la indemnización.

Los Beneficiarios, atendiendo la voluntad de **EL ASEGURADO**, recibirán como una suma total a favor de los Beneficiarios por el valor alcanzado a la fecha de siniestro, de acuerdo con el porcentaje asignado por **EL ASEGURADO** a cada uno de ellos.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA.- EL CONTRATO.

Hacen parte integrante del contrato:

- 19.1. La solicitud de seguro firmada por **EL ASEGURADO**.
- 19.2. La declaración de asegurabilidad firmada por **EL ASEGURADO**.
- 19.3. Los resultados de los exámenes médicos de **EL ASEGURADO**.
- 19.4. Las condiciones generales y particulares del contrato, así como su carátula.
- 19.5. Los anexos que se emitan para adicionar, renovar, modificar, suspender o revocar este contrato.

CONDICIÓN VIGÉSIMA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Toda modificación a las condiciones y/o valores asegurados, deberá tramitarse con la firma de **EL ASEGURADO** en cualquier momento de la vigencia del seguro. En ausencia de éste, quien solicite la modificación deberá contar con un poder debidamente otorgado que lo faculte para solicitar los cambios a nombre de **EL ASEGURADO**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. - VIGENCIA Y RENOVACIÓN.

- 21.1.** Con el pago de la primera prima se inicia la vigencia del seguro.
- 21.2.** La vigencia de la póliza es la señalada en la carátula.
- 21.3.** Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del **ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente en las siguientes condiciones:
- 21.3.1.** Hasta que **EL ASEGURADO** cumpla la edad límite de cobertura establecida en la Condición Décimo Quinta de este contrato,
 - 21.3.2.** Se pague la prima con la periodicidad pactada,
 - 21.3.3.** No se presente alguna de las causales de terminación descritas en la condición Vigésimo Tercera.
- 21.4.** Respecto a la renovación:
- 21.4.1.** La renovación no requerirá nuevas pruebas de asegurabilidad.
 - 21.4.2.** La renovación se generará por un período igual al establecido en la carátula y así consecutivamente, y
 - 21.4.3.** La renovación dará lugar a la emisión de un nuevo certificado de la póliza donde se expresará el valor asegurado y el valor de la prima, teniendo en cuenta el incremento del valor asegurado y la edad del **ASEGURADO**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. - VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.

La presente póliza tendrá un cubrimiento máximo hasta la terminación de la vigencia cuando **EL ASEGURADO** haya cumplido la edad límite, de acuerdo con lo estipulado en la Condición Décimo Quinta de este contrato.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. - TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La presente póliza y sus anexos terminan por las siguientes causas:

- 23.1.** Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- 23.2.** Cuando **EL ASEGURADO** o **EL TOMADOR**, por escrito, solicite la terminación del seguro.
- 23.3.** En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que **EL ASEGURADO** cumpla 84 años y 364 días de edad.
- 23.4.** Cuando La Compañía pague la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente siempre y cuando no sea el anexo de incapacidad total y permanente como suma adicional.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA.- REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por **EL ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **BOLÍVAR**.

Cuando **BOLÍVAR** haya recibido una o más primas por el presente contrato, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada por **BOLÍVAR**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. - PAGOS Y DEUDAS.

Cualquier suma pagadera por **BOLÍVAR** bajo la presente póliza, será cancelada en su oficina Principal en Bogotá en sus agencias, sucursales o en cualquiera de las oficinas autorizadas. Toda deuda a favor de **BOLÍVAR** en razón de esta póliza, será deducida al efectuar cualquier liquidación a favor de **EL ASEGURADO** o sus Beneficiarios.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- BASES DE CÁLCULO.

Los valores de las tasas de la prima de riesgo que se involucran en el cálculo de la tarifa de esta póliza, han sido calculados con base en la tabla colombiana de mortalidad para asegurados aprobada por la Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA.- NOTIFICACIONES.

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA.- DOMICILIO.

Las obligaciones emanadas de este contrato se cumplirán en la ciudad de Bogotá D.C., domicilio principal de **BOLÍVAR**.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO SUMA ADICIONAL POLIZA A LA QUE ACCEDE VIVA LA VIDA HOMBRE

01112018- 1407-A-37-VI-524-00DI

CONDICIONES GENERALES

Por convenio entre **BOLÍVAR** y **EL TOMADOR O EL ASEGURADO**, este anexo hace parte de la Póliza de Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICIÓN PRIMERA – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por **EL ASEGURADO**, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar tres o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

- **Aseo personal:** capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.
- **Vestirse:** capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.
- **Comer:** capacidad para comer por sí mismo una vez preparados los alimentos.
- **Higiene:** capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma
- **Movilidad:** capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas
- **Traslados:** capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un periodo continuo no menor de ciento ochenta (180) días y no haber sido provocada por **EL ASEGURADO**.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerara como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el periodo continuo de ciento ochenta (180) días de incapacidad.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

- 2.1.** Para todos los efectos este amparo no cubre la invalidez total y permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.
- 2.2.** Dentro de los dos (2) primeros años, contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia del seguro o desde la fecha en que se apruebe cualquier aumento de valor asegurado realizado por **EL ASEGURADO, BOLÍVAR** no queda obligada al pago de ninguna indemnización por tentativa de

suicidio o lesión intencionalmente causada por **EL ASEGURADO** a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia, ni por la incapacidad total y permanente derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana.

CONDICIÓN TERCERA – PÉRDIDA.

Se entenderá por pérdida:

3.1. Manos: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

3.2. Pies: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

3.3. Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

CONDICIÓN CUARTA – SUMA ASEGURADA.

La suma que la aseguradora pague por concepto del presente anexo será el valor asegurado vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro el cual se encuentra estipulado en la caratula de la póliza.

CONDICIÓN QUINTA - PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro, de Incapacidad Total y Permanente, **BOLÍVAR** pagará a **EL ASEGURADO** el valor asegurado alcanzado a la fecha de siniestro. Conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio, el pago se efectuará dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite el derecho.

EL ASEGURADO autoriza a **BOLÍVAR** a que solicite, el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite **BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO quedará privada de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

EL ASEGURADO a petición de **BOLÍVAR**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

CONDICIÓN SEXTA – RECLAMACIONES.

Para que **BOLÍVAR** pague la indemnización correspondiente a una incapacidad total y permanente, **EL ASEGURADO** deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este anexo. **BOLÍVAR** se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN SÉPTIMA – TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para la persona amparada, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 65 años de edad o en el momento en que se realice el pago de la indemnización por incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA – EXÁMENES MÉDICOS.

BOLÍVAR podrá hacer examinar a **EL ASEGURADO** tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

CONDICIÓN NOVENA – REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** expresamente lo manifieste por escrito, de acuerdo con lo señalado en la Condición Vigésima Cuarta de las condiciones generales de la póliza.

El hecho de que **BOLÍVAR** haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación; cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

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

Página en blanco

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**DIRECCIÓN:** CRA 4 18B 200**CIUDAD:** SINCELEJO-SUCRE**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**SEGURO DE VIDA****CERTIFICADO DE MODIFICACION****Póliza N°:** 2002126217701**Certificado:** 3 **N°:** 008**Fecha de Expedición:** 29/12/2022**OBSERVACIONES:** ANULACION POR NO PAGO SEGUN CONSECUTIVO 1058349.CERTIFICADO DE MODIFICACION

VIGENCIA DE LA MODIFICACION	DESDE	HASTA
	11/10/2022	25/05/2023
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO	92500936	MASCULINO	59 AÑOS	84 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
ANDRES FELIPE ARRAZOLA SAMPEDRO	1102849708	HIJO/A	50	\$50,000,000
MARIA RAQUEL ARRAZOLA SAMPEDRO	1039463989	HIJO/A	50	\$50,000,000

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
EUCLIDES RAFAEL PERALTA MARTINEZ	3008016410 - 3008016410

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$100,000,000	\$-959,395
916 ITP SUMA ADICIONAL	\$300,000,000	\$-526,829

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Incremento valor asegurado: 0 %

AHORRO

Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS

- ASSIST CARD - SEGUNDA OPINION MEDICA - ASISTENCIA BOLIVAR

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$1,486,224
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1,486,224
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529770751339008.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Firma Representante Legal



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

NÚMERO DE PÓLIZA:

Fecha de diligenciamiento

20 / 05 / 2022

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL
 HOGAR VIDA GRUPO PYMES

Tomador
Asegurado

Yo, ASACUADO ASACUADO ASACUADO, identificado(a) con CC No. 92 500 936 de SINCEBO, ante COMPANHIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. Y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPANIAS", y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPANIAS, manifiesto que:

Acepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPANIAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentra pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto a asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPANIAS.

Certifico que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente y la consignada en la declaración de asegurabilidad electrónica # _____ que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco fe que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión o falsedad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPANIAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizarme los exámenes médicos que considere pertinentes, así como para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:

- A) La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley.
- B) Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de ASACUADO.
- C) He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte.
- D) Entiendo que LAS COMPANIAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPANIAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, autos y hogar)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros Tarjeta de crédito número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Capitalizadora Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiendo que esto de ninguna manera me exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

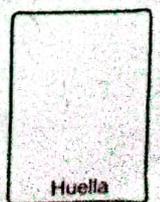
Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPANIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 20 de MAYO del año 20 22.

ASACUADO
Nombre del cliente

92 500 936
C.C./ NIT

[Firma]
Firma del cliente



AUTORIZACIONES PARA CONSULTA CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

(1). AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008): A). Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines: 1.1. Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 1.3. Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. B). Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

(2). AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 2.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 2.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscrito(s). 2.3. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 2.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 2.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 2.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades, así como enriquecer mi experiencia como cliente. 2.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia. Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Le recordamos que las finalidades del Núm. 2.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.

(3). GRUPO BOLÍVAR: Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

(4). DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente frente a cada numeral firmo las presentes AUTORIZACIONES el día 20 de MAYO del año 2022.

ARINI ACEVEDO MORAÑO.
Nombre del cliente

92.500.936
C.C./NIT


Firma del cliente

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la Información.

Información de la Entrevista

Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula	
<u>EUGENIA PERALTA MARTINEZ</u>	<u>52063</u>	<u>1108096977</u>	
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina
<u>20-05-2022</u>	<u>12 AM</u>	<u>SINCELESO</u>	<u>2002</u>
Concepto general del cliente:			
Firma del responsable de la entrevista			
<u>EUGENIA PERALTA M.</u>			

Verificación de la Información

Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SI NO

Observaciones:

Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula
Cargo	Localidad	

Numero de declaración electrónica : 29770751339
 Número Documento : 92500936
 Nombre : ARRAZOLA MERLANO ARIEL BERNARDO

Producto: 942
 Tipo Documento : CC

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
¿Ha contraído usted el coronavirus o está en aislamiento sanitario debido a sospecha de contagio con el coronavirus?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Sufre usted de enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, Cáncer, diabetes o recibe tratamiento con inmunosupresores?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	78
¿Sus actividades, profesión u oficio han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	172
¿Usted ha sido sindicado, indiciado, denunciante, víctima o condenado por algún proceso penal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han diagnosticado Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Usted ha sido secuestrado y/o extorsionado?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Usted ha recibido amenazas de secuestro o muerte?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha salido POSITIVA alguna prueba de VIH que le hayan practicado?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha cambiado o le han aconsejado cambiar de ocupación o residencia por motivos de salud?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Tiene o ha tenido licencia para pilotear aviones, o piensa pilotear cualquier nave de clase aérea? (En caso afirmativo, diligenciar forma VI-044)	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo o alucinógenos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

Numero de declaración electrónica : 29770751339
 Número Documento : 92500936
 Nombre : ARRAZOLA MERLANO ARIEL BERNARDO

Producto: 942
 Tipo Documento : CC

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
¿Practica deportes tales como paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha fumado alguna vez?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le ha sido expedido con recargo en la prima algún seguro de vida, accidentes o salud?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿En los últimos dos años ha consumido alucinógenos o sustancias psicoactivas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han practicado alguna cirugía?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Es usted zurdo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Tiene alguna cirugía programada?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Utiliza como medio de transporte, como conductor y/o como pasajero, motocicleta?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha recibido alguna indemnización por algún seguro de vida o sus anexos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Sus padres y/o hermanos antes de los 60 años han sufrido o sufrieron de cáncer, enfermedad coronaria (infarto), diabetes, trombosis o derrame cerebral?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha viajado durante los últimos 14 días al exterior o tiene planificado algún viaje al exterior?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Tiene seguros de vida con alguna otra compañía?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha sufrido un Accidente Cerebro vascular?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han diagnosticado epilepsia?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Presentó o presenta en la actualidad limitaciones físicas anatómicas o funcionales?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha sufrido alguna fractura?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No



Numero de declaración electrónica : 29770751339
Número Documento : 92500936
Nombre : ARRAZOLA MERLANO ARIEL BERNARDO

Producto: 942
Tipo Documento : CC

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

OIV-77719-1

Bogotá, 29 de mayo de 2023

Señor:
ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO
pueblitocampestre@yahoo.com.mx
Teléfono: 3002289345
Sincelejo, Sucre

Póliza No: **2002126217701**
Asegurado: **ARIEL ARRAZOLA**
Identificación: **92500936**
Reclamación: **20020000028**

Apreciado Señor Arrazola Merlano, reciba un cordial saludo.

Hemos recibido su solicitud, para el reconocimiento de la indemnización, derivada de la afectación de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la póliza citada en referencia.

Una vez revisados los documentos que soportan la reclamación y luego de hacer la validación correspondiente, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A** ha podido establecer que el Asegurado con anterioridad al ingreso a la póliza fue diagnosticado y médicamente tratado por las patologías que se indican a continuación, las cuales no fueron informadas en el momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, situación que agrava el estado del riesgo, generando las consecuencias previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio¹.

Fecha de diagnóstico según Historia Médica	Patología	Fecha de toma del seguro
25/05/2.019	Gonartrosis derecha	23/05/2022
18/01/2.021	Trastorno de adaptación, tarstorno mixto de ansiedad y depresión, gonartrosis, hipertensión arterial.	23/05/2022

¹ “(...) El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)”



OIV-77719-1

De acuerdo con las normas vigentes, el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro, para que con base en las respuestas la Aseguradora determine las condiciones de aceptación del riesgo y si es el caso, someter a exámenes médicos, generar extra prima, otorgar o limitar la cobertura o incluso negar el seguro.

Por esta razón, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A** no puede acceder al pago de indemnización que solicita en la reclamación.

Recuerde que ante cualquier inquietud, se puede comunicar con nosotros marcando desde su celular # 322, en Bogotá al 601-3122122 o al 018000 123 322 a nivel nacional.

Cordialmente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones

Indemnizaciones Seguros de Vida

Proyectó:MR

Elaboró: KM

Autorizó:MR

1. INFORMACION DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	OIV-77719-1
ASEGURADO	ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO
EDAD	60 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	Fecha de ingreso: 23/05/2022 Poliza anulada a partir del 11/10/2022
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.019
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.019
FECHA DEL SINIESTRO	-
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	25/05/2.019 GONARTROSIS DERECHA 18/01/2.021 TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	25/05/2.019
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SE HUBIERA DECLINADO ANEXO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	SE HUBIERA DECLINADO ANEXO
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO
4B. CODIGO:	101014011
4C. ¿PRESENTA LESIONES ORGÁNICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4D. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4E. ¿PUEDE LAVARSE EN EL BAÑO O DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA Y SALIDA DE LA MISMA) O PUEDE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SI MISMO?	SI
4F. VESTIRSE: ¿PUEDE PONERSE, QUITARSE O ATARSE TODO TIPO DE PRENDAS? ASÍ COMO ¿APARATOS ORTOPÉDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS?	SI
4G. COMER: ¿PUEDE INGERIR POR SI MISMO LOS ALIMENTOS UNA VEZ PREPARADOS?	SI
4H. HIGIENE: ¿PUEDE USAR UN SANITARIO O PUEDE LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA?	SI
4I. MOVILIDAD: ¿PUEDE DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACIÓN A OTRA EN SUPERFICIES PLANAS?	SI

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

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

4J. TRASLADO: ¿PUEDE DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS O VICEVERSA?	SI
4K. ¿PRESENTA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMOS PIES, DE TODA UNA MANO Y TODO UN PIE O PÉRDIDA DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS?	NO
5. EXCLUSIONES	
5A. ¿SU INCAPACIDAD ESTA DADA POR ALGÚN TRASTORNO, ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DEL COMPORTAMIENTO?	SI TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO
5B. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESION INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTEAO DE CORDURA O DEMENCIA, NI POR LA INCAPACIDAD TOTALY PERMANENTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.	NO
6.ADICIONALES	
6a. ¿se necesitan investigar historia clínica?	NO
6.b ¿se necesita algún otro documento?	NO
8.OBSERVACIONES	
	<p>24 MAYO 2.023 DX: GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO. JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE BOLÍVAR CALIFICÓ PCL: 50,64% F.E.: 22/10/2.022.</p> <p>TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO: CORRESPONDEN A TRASTORNO, ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DEL COMPORTAMIENTO.</p> <p>INFORMACIÓN MÉDICA APORTADA NO REGISTRA LIMITACION FUNCIONAL QUE IMPIDA AL ASEGURADO REALIZAR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.</p> <p>ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES PREVIOS AL INGRESO A LA PÓLIZA: 25/05/2.019 GONARTROSIS DERECHA 18/01/2.021 TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, TARSTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL.</p> <p>SE HUBIERA DECLINADO ANEXO.</p> <p>INFORME DE INVESTIGACIÓN CORROBORA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN APORTADA.</p>

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

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



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

1. Información general del dictamen		
Fecha de dictamen: 24/03/2023	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	N° Dictamen: 04202300541
Tipo de calificación: Dictamen pericial		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Persona natural	Nombre solicitante: Ariel Bernardo Arrazola Merlano	Identificación: CC 92500936
Teléfono: - 3002289345 - 3103434992	Ciudad: Sincelejo - Sucre	Dirección: Carrera 4 Numero 18b-200 Barrio Vallejo
Correo electrónico: pueblitocampestre@yahoo.com.mx		
2. Información general de la entidad calificadora		
Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar	Identificación: 806008908-2	Dirección: Pie de la Popa Cra. 21 # 29A - 72 Callejón Lequerica
Teléfono: 3004119791	Correo electrónico: recepcion@juntaregionalbol.com	Ciudad: Cartagena de indias - Bolívar
3. Datos generales de la persona calificada		
Nombres y apellidos: Ariel Bernardo Arrazola Merlano	Identificación: CC - 92500936 - Sincelejo	Dirección: Carrera 4 Numero 18b-200 Barrio Vallejo
Ciudad: Sincelejo - Sucre	Teléfonos: - 3002289345 - 3103434992	Fecha nacimiento: 29/11/1962
Lugar: Sincelejo - Sucre	Edad: 60 año(s) 3 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Casado	Escolaridad: Tecnología
Correo electrónico: pueblitocampestre@yahoo.com.mx	Tipo usuario SGSS:	EPS:
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

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

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

- 22/5/2019 Rm De Rodilla Derecha: conclusión: se aprecia cambios de osteoartritis de predominio en el comportamiento femoral medial donde hay pérdida de grosor prácticamente completo del cartilago, lesión condrales grado II-III a nivel del surco intracondilea femoral. Se aprecia rotura radial que involucra tanto el cuerpo con la raíz posterior del menisco interno con extrusión meniscal asociada.
- 18/1/2021 Historia Clínica – Psiquiatría: 58 años, hipertenso con problemático en rodilla derecha: artrosis degenerativa, dolor; importancia funcional leve y cesante laboralmente alta; Dx: ocasiona disconfort, emoción, irritabilidad baja Autoestima Trastorno Adaptativo Con Alteración De Las Emocionales; secuelas: problemas emocionales por dolor y por importancia.
- 11/8/2022 Historia Clínica – Salud Cardiovascular: "Control RCV" masculino de 59 años de edad, con antecedentes de Hta crónica, quien consulta control de Rcv en buenas condiciones generales, asintomática cardiovascularmente, con toma de medicina diaria, por horario, con tolerancia niega hospitalizaciones.
- 30/9/2022 Emg: conclusión estudio electrofisiológico compatible con neuropatía por atrapamiento del nervio mediano a nivel del carpo de carácter leve bilateral.
- 8/10/2022 Rx De Ambas Rodillas Comparativas Frente Y Lateral: conclusión: Gonartrosis Leve Bilateral; Cambios Artropáticos De La Articulación Patelo Femoral Bilateral.
- 22/10/2022 Historia Clínica – Psiquiatría: paciente masculino de 59 años de edad residente en Sincelajo de ocupación empleado de la alcaldía (espacio público) acude por primera vez a consulta de psiquiatría por la EPS, derivado de Colpensiones en contexto de antecedentes médicos de gonartrosis primaria, hipertensión arterial crónica en solicitud de proceso de pensión, manifiesta el paciente síntomas de dolor bilateral en rodillas, limitación para mantener en pie, durante tiempos prolongados desencadenado alteraciones del estado de ánimo, síntomas de tristeza, labilidad afectiva, ideas de minusvalía "siempre he sido deportista y ahora no puedo hacer ejercicios" trastorno del sueño, episodios de irritabilidad conductas de agresividad verbal y física, alteraciones sensorceptivos de tipo visuales; "veo sombras" niega ideas de muerte y plan suicida al momento de la entrevista, paciente que viene siendo atendido por psiquiatría particular, documenta historia del 18/1/2021 indica psicoterapia, apoyo emocional Dx: Trastorno De Adaptación; F412 Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresión; M719 Gonartrosis, No Especificada; L10x Hipertensión Esencial (Primaria).

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 11/03/2023

Especialidad: Md Laboral

El señor ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO, actuando por conducto de apoderado judicial, presenta solicitud de Prueba Extraprocesal, a fin de que se le practique un peritazgo de la pérdida de capacidad laboral por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Lo anterior, con el fin de iniciar un proceso ordinario laboral contra la AFP COLPENSIONES, para reconocimiento de pensión por invalidez.

Valoración 3103434992 Rogelio Arrazola primo : refiere Hta desde 2004, control médico y farmacológico , antes losartán y ayer por cifras Candepris A- 16-5 Mg , hidroclorotiazida 25 m , Desmigra de 20 mg , refiere nicturia , estudios cardíacos al parecer arritmia , hace rato estudio de rayos x, con tratante hace muchos años , al parecer isquemia.

A nivel de rodilla, refiere deportista toda la vida, con dolor hace 6 a 8 años en ambas rodillas al inicio primero la izquierda (zurdo) , control por Ortopedista privado y por AFP colpensiones remitió a EPS Salud total, manejo con nalgescic , el dolor 7-9/10 (EVA)limita posturas prolongadas sedente y bipeda , edema .

En control con psiquiatra desde 2019 control Md particular psiquiatría , con estrés decaimiento y pérdida funcional en relación a diversas actividades, incluyendo deporte . Altera sueño y se despierta a las 2 am, logra descanso en el día al dormir a intervalos.

RXS : uso de lentes formulados

Cargo : agente de ventas y representantes . para Colpatria entre otras , última labor hasta junio del 2006 , posterior independiente , cotizando al sistema de seguridad social.

Vive con esposa .

Videollamada : paciente adulto sobrepeso , a nivel de rodillas evidencia genu varo bilateral predominio izquierdo , con edema ipsilateral en relación a la derecha , con rest Ama bilateral a 100° , extensión completa, leve hipotrofia muslo izquierdo.

Esfera mental : orientado , memoria parcial , no precisa fechas , asiste acompañado familiar , ideas parcial de minusvalía por sus extremidades y alteración del sueño asociado a dolor , no ideas delirantes , anhedonia por su limitación para el deporte y actividad laboral , inteligencia impresiona promedio.

Acorde a las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional frente a la emergencia sanitaria por el COVID-19, la presente calificación y emisión del dictamen, se realiza basado en la comunicación, valoración no presencial, revisión del contenido expediente y acorde a soportes de historial clínico así como soportes relacionados con paraclinicos y evolución médica, conceptos especialistas tratantes con autorización del paciente remitido

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M179	Gonartrosis, no especificada	Bilateral		Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión			Enfermedad común
G470	Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]			Enfermedad común

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

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

7. Concepto final del dictamen		
Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Titulo I		24,84%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Titulo II		25,80%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Titulo I + Titulo II)		50,64%
Origen: Enfermedad	Riesgo: Laboral	Fecha de estructuración: 22/10/2022
Fecha declaratoria: 24/03/2023		
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones: Concepto de Psiquiatria		
Nivel de pérdida: Invalidez	Muerte: No aplica	Fecha de defunción:
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica	Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica	Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica	Enfermedad degenerativa: Si	Enfermedad progresiva: Si

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

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



SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S
Licencia SST: 591/2019 - Sec. Salud Departamental
NIT: 900878523-3
PROCESO: MEDICINA PREVENTIVA/DEL TRABAJO
Procedimiento: CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PACIENTE: ARRAZOLA MERLANO ARIEL BERNARDO
No HISTORIA: 92500936 EDAD: 58 Años 1 Mes
IDENTIFICACION: CC92500936 SEXO: Masculino
EMPRESA: PARTICULAR
FECHA: 28/01/2021 08:10 a.m.



1 NOTIFICACION DE LA EMPRESA:

TIPOINGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA .PARTICULAR
ACTIVIDAD ECONOMICA. OTROS
CARGO.JEFE DE ESPACIO PUBLICO

EXAMENES REALIZADOS:

EXAMENES DE LABORATORIO: .PERFIL LIPIDICO
EXAMEN OPTOMETRICO:VISIOMETRIA
OTROS :EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR Y RESPIRATORIO

CONCEPTO DE VALORACIÓN OCUPACIONAL:

CONCEPTO DE VALORACIÓN OCUPACIONAL: .ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES, PACIENTE NO PRESENTA SISTEMAS RESPIRATORIOS AL MOMENTO DE REALIZAR LA VALORACION MEDICA.
OBSERVACIONES ESPECIALES:HTA CRONICA, SOBREPESO

RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES GENERALES. . . HIGIENTE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS POR LABOR, USO DE EPP
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS. . REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, AUMENTAR CONSUMO DE AGUA, FRUTOS Y VERDURAS, HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS,, MANTENER DISTANCIAMIENTO, USAR LA APLICACION CORONAPP
RECOMENDACIONES MEDICAS. . . . VALORACION POR NUTRICION, CONTINUAR CONTROLES EN EPS POR HTA, VALORACION POR OPTOMETRIA

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

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