Documento resumen de las condiciones contratadas

Allianz

Certificado del seguro

de Vida ActuAll

www.allianz.co

EDGAR MARTIN PASTAS CASTILLO
Agente de Seguros Vinculado
CC: 12993732
CALLE 15 N 32-30 AP502 -
PASTO
Tel. 7316747
E-mail: Edgar.Pastas@allia2.com.co

Datos Generales

Tomador del Seguro:	LOPEZ Y LOPEZ GUERRRO DIEGO ANDRES CC: 98429932 CONJJ CAMPESTRE LA ESTANCIA C1 CASA 1 CHACHAGUI . CHACHAGUI Teléfono: 3147875453 Email: diegolopezylopez@hotmail.com
Beneficiario/s:	CC: 25282414 ENEIDA YICELA CELIS BENAVIDES 50,00 % participación
Beneficiario/s:	TI: 1081272341 LUISA MARIA LOPEZ Y LOPEZ CELIS 50,00 % participación
Póliza y duración:	Póliza nº: 022962369 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 28/10/2021 hasta las 24:00 horas del 27/10/2022. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Crecimiento Valor Asegurado	0,00%

Datos Asegurado(s)

Asegurado:	LOPEZ Y LOPEZ GUERRRO DIEGO ANDRES CC: 98429932 Masculino CONJJ CAMPESTRE LA ESTANCIA C1 CASA 1 CHACHAGUI . Email: diegolopezylopez@hotmail.com

Coberturas contratadas

Amparos	Valor Asegurado	Valor Prima
Fallecimiento	900.000.000,00	4.328.100,00
Incapacidad, inutilización o Desmb. por enferm. o accidente	900.000.000,00	1.135.800,00
Auxilio por fallecimiento	7.000.000,00	33.663,00
Enfermedades Graves	750.000.000,00	3.913.500,00

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 904736033

Periodicidad del pago: ANUAL

28-10-2021 21:34:12 0310101030200I00CC052 CA021030 1080261

PRIMA	9.411.063,00
IMPORTE TOTAL	**9.411.063,00**

Servicios para el Asegurado

Línea de atención al cliente a nivel nacional **018000412111**
En Bogotá **4848855**

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite **www.allianz.co**, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Expedido el día 02 de Septiembre de 2021.

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022962369 / 0

Allianz

Vida ActuAll

www.allianz.co

02 de Septiembre de 2021

Tomador de la Póliza

LOPEZ Y LOPEZ GUERRRO DIEGO ANDRES

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

EDGAR MARTIN PASTAS CASTILLO

Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....9

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....9

Capítulo III - Siniestros.....19

Capítulo IV - Cuestiones Fundamentales de Carácter Legal 21

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por EL ASEGURADO, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

LA COMPAÑÍA EN CUMPLIMIENTO DE SU DEBER PRECONTRACTUAL HA PUESTO A CONSIDERACIÓN DEL TOMADOR DEL PRESENTE SEGURO LAS CONDICIONES GENERALES DEL MISMO DE MANERA ANTICIPADA, LAS CUALES SE LE HA INFORMADO SE ENCUENTRAN INCORPORADAS Y A SU DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA WWW.ALLIANZ.CO Y LE HA EXPLICADO DIRECTAMENTE Y/O A TRAVÉS DEL INTERMEDIARIO RESPECTIVO, EL CONTENIDO DE LA COBERTURA (RIESGOS QUE EL ASEGURADOR CUBRE), DE LAS EXCLUSIONES (CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES EL ASEGURADOR NO BRINDA COBERTURA) Y DE LAS GARANTÍAS (PROMESAS DEL ASEGURADO RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL RIESGO O AFIRMACIÓN O NEGACIÓN DE UNA SITUACIÓN DE HECHO) ALLÍ CONTENIDAS, ASÍ COMO SOBRE SU EXISTENCIA, EFECTOS Y ALCANCE. EN TODO CASO DE PERSISTIR CUALQUIER INQUIETUD EL TOMADOR PODRÁ COMUNICARSE A NUESTRAS LÍNEAS DE ATENCIÓN INDICADAS EN ESTE MISMO CONDICIONADO.

LA COMPAÑÍA NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I) EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA, (II) EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

* Grandes contribuyentes, régimen común. No sujeto a retención.

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	LOPEZ Y LOPEZ GUERRRO DIEGO ANDRES CC: 98429932 CONJJ CAMPESTRE LA ESTANCIA C1 CASA 1 CHACHAGUI . CHACHAGUI Teléfono: 3147875453 Email: diegolopezylopez@hotmail.com
Asegurado:	LOPEZ Y LOPEZ GUERRRO DIEGO ANDRES CC: 98429932 CONJJ CAMPESTRE LA ESTANCIA C1 CASA 1 CHACHAGUI . CHACHAGUI Teléfono: 3147875453 Email: diegolopezylopez@hotmail.com
Beneficiario/s:	CC:25282414 ENEIDA YICELA CELIS BENAVIDES 50,00 % participación
Beneficiario/s:	TI:1081272341 LUISA MARIA LOPEZ Y LOPEZ CELIS 50,00 % participación
Póliza y duración:	Póliza nº: 022962369 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 28/10/2021 hasta las 24:00 horas del 27/10/2022. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Crecimiento Valor Asegurado:	0,00%
Intermediario:	EDGAR MARTIN PASTAS CASTILLO Clave: 1080261 CALLE 15 N 32-30 AP502 - PASTO CC: 12993732 Teléfonos: 7316747 0 E-mail: Edgar.Pastas@allia2.com.co

Coberturas Contratadas

Amparos	Valor Asegurado	Valor Prima
Fallecimiento	900.000.000,00	4.328.100,00
Incapacidad, inutilización o Desmb. por enferm. o accidente	900.000.000,00	1.135.800,00
Auxilio por fallecimiento	7.000.000,00	33.663,00
Enfermedades Graves	750.000.000,00	3.913.500,00

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 904736033

Período: de 28/10/2021 a 27/10/2022
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	9.411.063,00
IMPORTE TOTAL	**9.411.063,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor EDGAR MARTIN PASTAS CASTILLO
Telefono/s:7316747 0
Tambien a través de su e-mail: Edgar.Pastas@allia2.com.co
Sucursal: PASTO

Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000412111
En Bogotá 4848855
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones. **El Tomador**	**Intermediario**	**Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,** **Alllianz, Seguros de Vida, S.A.**

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

Allianz Seguros de Vida S.A., que en adelante se denominará "LA COMPAÑÍA", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL ASEGURADO, la cual se incorpora al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Amparos.

Son amparos de este seguro los enunciados a continuación siempre y cuando las partes hayan acordado un valor asegurado para cada uno, valor que debe figurar en la carátula de la póliza o en cualquiera de sus anexos:

- **Fallecimiento.**
- **Incapacidad, Inutilización o desmembración por enfermedad o accidente.**
- **Enfermedades graves.**
- **Auxilio por fallecimiento.**

I. Exclusiones para Todos los amparos.

EXCLUSIONES AMPARO POR FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA no reconocerá la indemnización por este amparo, si el fallecimiento es producido como consecuencia de suicidio, durante el primer año de vigencia, ya sea estando EL ASEGURADO en su sano juicio o en estado de demencia.

EXCLUSIONES AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

No habrá lugar a pago alguno por este amparo cuando la incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente haya sido causada directa o indirectamente por:

1) **Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.**
2) **Tentativa de suicidio, estando o no el ASEGURADO en uso de sus facultades mentales.**

3) **Producida por la participación del ASEGURADO como piloto o miembro de la tripulación de una aeronave.**
4) **Consecuencia de viajes que realice EL ASEGURADO en compañías de transporte aéreo que no cuenten con itinerarios debidamente publicados y autorizados para el transporte de pasajeros.**
5) **Participación en riñas, peleas, y toda otra exposición deliberada del ASEGURADO a peligros excepcionales o temerarios, salvo en un intento de salvar una vida humana.**
6) **Producida por la participación del ASEGURADO en competencias de velocidad o prácticas deportivas tales como automovilismo, boxeo, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, parapente, tauromaquia, equitación, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencias o sus preparativos, siempre y cuando sean actividades o deportes considerados de alto riesgo, sea como miembro activo y/o ejecutante. ESTA EXCLUSIÓN NO PROCEDE CUANDO LA COMPAÑÍA EXPRESAMENTE HAYA MANIFESTADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL ASEGURADO PAGUE LA EXTRAPRIMA CORRESPONDIENTE.**
7) **Producida por la participación del ASEGURADO en trabajos bajo el agua o la tierra, fabricación y/o manipulación de explosivos, municiones y fuegos artificiales.**
8) **Causada por actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear, epidemias e infecciones. Igualmente se encuentra excluida la prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.**
9) **Los eventos accidentales ocurridos a consecuencia de liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).**
10) **Producida como consecuencia de actividades terroristas atómicas, biológicas o químicas.**
11) **Lumbalgias, espasmos musculares, lesiones o contusiones causadas por esfuerzos tales como hernias, eventraciones, oclusiones intestinales, desgarramientos musculares, luxaciones, esguinces.**
12) **Ingestión involuntaria de venenos, gases tóxicos, o encontrarse el ASEGURADO bajo la influencia, por acto voluntario, de drogas o alucinógenos.**
13) **Accidentes causados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos clínicos o para clínicos o como consecuencia de ellos, salvo que la intervención o el tratamiento obedezca a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la póliza.**
14) **Consecuencia directa de una enfermedad o accidente cuya causa esté expresamente excluida en esta póliza.**

EXCLUSIONES AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

No habrá lugar a pago alguno si la enfermedad que padece y se diagnostica al ASEGURADO, es a consecuencia de o está en conexión con:

1) **El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud, con prueba confirmatoria, mediante test de anticuerpos o virus de sida, con resultado positivo, o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre que tenga,**

que sea diagnosticado por un médico legalmente facultado para ejercer la profesión, así como cualquier otra enfermedad derivada de dichos síndromes.

2) La angioplastia y / o cualquier otra intervención intra arterial, diferente de las arterias coronarias y cirugía por toracotomía mínima.
3) La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos o carcinoma baso celular, carcinoma de células escamosas) y el cáncer de cérvix in situ (cuello de la matriz), o cualquier tipo de tumor que sea descrito en términos histológicos como in situ, o aquellos que presenten cambios malignos en su fase inicial. Denomínese cáncer in situ, aquel donde no se ha estructurado un tumor propiamente dicho, pero hay presencia de células malignas que no han invadido otros órganos.
4) Lesiones causadas por EL ASEGURADO, contra su propia integridad física, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
5) Traumatismo mayor de cabeza sufrido como consecuencia de accidente ocasionado por uso de motonetas, motocicletas, mototriciclos o cuatrimotos como conductor o acompañante.
6) Adicción al alcohol o a drogas que no hayan sido prescritas por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.
7) Tampoco habrá lugar a pago alguno, cuando la enfermedad haya sido diagnosticada o exista un historial previo relacionado con ella, o se haya recibido tratamiento por la misma, antes de la iniciación de la vigencia del presente amparo.
8) Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
9) Cualquier enfermedad que no se encuentre expresamente enunciada dentro de la cobertura del amparo.
10) Para infarto al miocardio, se excluyen:
    - Infarto del miocardio sin elevación del segmento st con solamente elevación de troponina i ó t.
    - Angina de pecho estable o inestable.
    - Infarto de miocardio silente.
11) Para el Accidente cerebro-vascular, se excluyen:
    - Accidentes isquémicos transitorios (ait).
    - Lesiones traumáticas del cerebro.
    - Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
    - Infartos lacunares sin déficit neurológico.
    - Accidentes de los que EL ASEGURADO pueda recuperarse completamente dentro de las seis (6) semanas siguientes al mismo.

EXCLUSIONES AMPARO DE AUXILIO POR FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA no reconocerá la indemnización por este amparo, si el fallecimiento es producido como consecuencia de suicidio, durante el primer año de vigencia, ya sea estando EL ASEGURADO en su sano juicio o en estado de demencia.

II. Definición de los amparos.

Riesgos Amparados.

DEFINICIÓN AMPARO POR FALLECIMIENTO.

Si el ASEGURADO fallece por cualquier causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de esta póliza.

DEFINICIÓN AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

Salvo las condiciones y exclusiones indicadas en este clausulado, LA COMPAÑÍA pagará el presente amparo en los siguientes eventos:

1. **Cuando EL ASEGURADO sufra a causa de una enfermedad diagnosticada no preexistente en la fecha de inicio del seguro o de un accidente ocurrido posterior a dicha fecha, lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una Incapacidad Total y Permanente siempre y cuando ésta persista por un término no inferior a ciento veinte (120 días) comunes continuos.**

2. **Cuando a consecuencia de un accidente ocurrido con posterioridad a la fecha de inicio del seguro, EL ASEGURADO sufra pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION dentro de los 180 días comunes siguientes a la ocurrencia del accidente y, siempre y cuando, el ASEGURADO sobreviva 30 días comunes a la pérdida o inutilización funcional o anatómica.**

3. **Cuando a consecuencia de una enfermedad no preexistente a la fecha de inicio del seguro, EL ASEGURADO sufra pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION y, siempre y cuando, el ASEGURADO sobreviva 30 días comunes a la pérdida o inutilización funcional o anatómica.**

Para todos los efectos de este amparo se entiende por Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50% sufrida por el ASEGURADO como resultado de una enfermedad o accidente cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza, con persistencia no inferior a ciento veinte (120) días comunes continuos.

El porcentaje de disminución de la capacidad laboral en cualquiera de sus manifestaciones, será validado en primera instancia por un médico o una institución nombrados por LA COMPAÑÍA, o también podrá ser certificado por la entidad de Riesgos Laborales (A.R.L), por la entidad promotora de salud (E.P.S), por la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P.), y en última instancia, será el establecido de conformidad con lo dispuesto en el manual único para la calificación de la invalidez expedido por el gobierno nacional y utilizado por la Junta Regional de Calificación de invalidez vigente a la fecha de reclamación. Se entenderá ocurrida la disminución laboral al momento de su estructuración.

Cuando se produzca la Incapacidad Total y Permanente en las condiciones dispuestas en el presente condicionado, LA COMPAÑÍA pagará el 100% del valor asegurado vigente al momento de la estructuración de la misma.

Cuando se produzca una desmembración o inutilización de las establecidas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION, por causa de una enfermedad o de accidente, según lo dispuesto en el presente condicionado, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada vigente a la fecha de ocurrencia de la desmembración o inutilización por enfermedad o accidente, los porcentajes relacionados a continuación:

RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN:

1) **Por pérdida de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
2) **Por ceguera irreparable de ambos ojos: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
3) **Por pérdida de una mano o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
4) **Por demencia total presumiblemente incurable que impida todo trabajo: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
5) **Por parálisis total presumiblemente incurable que impida todo trabajo: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
6) **Por pérdida total e irreparable del habla: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
7) **Por sordera bilateral total irreparable: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
8) **Por pérdida de una mano o de un pie: 60% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
9) **Por ceguera irreparable de un ojo: 60% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
10) **Por pérdida de cinco (5) artejos del mismo pie: 25% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
11) **Por pérdida del dedo pulgar siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges: 20% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
12) **Por pérdida de tres (3) dedos de la misma mano, siempre que comprenda las tres falanges de cada uno, con excepción de los dedos pulgar e índice: 15% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**
13) **Por pérdida del dedo índice siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges: 15% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.**

PARÁGRAFO 1:

Para los efectos de los numerales uno, tres y ocho, de la relación de riesgos e indemnizaciones se entiende por pérdida de la mano la amputación que se verifique a la altura de la muñeca y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.

PARÁGRAFO 2:

También se entiende por pérdida, la inutilización, es decir, inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

PARÁGRAFO 3:

Si EL ASEGURADO recibe cualquiera de las indemnizaciones originadas en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION, se agota la responsabilidad máxima de LA COMPAÑÍA, produciendo la terminación del amparo de Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente, extinguiendo toda obligación indemnizatoria.

PARÁGRAFO 4:

Salvo las exclusiones previstas para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del ASEGURADO y de sus beneficiarios, que produzca la desmembración o la perturbación funcional verificable mediante examen médico realizado por un médico nombrado por LA COMPAÑÍA.

DEDUCCIONES.

A medida que EL ASEGURADO reciba, durante la misma vigencia, cualquiera de las indemnizaciones originadas en los numerales 10, 11, 12 y 13 de la RELACION DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN, la suma asegurada correspondiente al AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE disminuye.
En los casos de las indemnizaciones donde el porcentaje afectado sea igual o superior al 60% se agota la responsabilidad máxima de LA COMPAÑÍA, produciendo la terminación del amparo de Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente, extinguiendo toda obligación indemnizatoria.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALORES ASEGURADOS.

Si EL ASEGURADO recibe durante la misma vigencia cualquiera de las indemnizaciones originadas en los numerales 10, 11, 12 y 13 de la RELACION DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN y el porcentaje afectado es inferior al sesenta (60 %), para la renovación de la póliza la suma asegurada se restablecerá automáticamente, manteniendo su crecimiento de valor asegurado si ha contratado la póliza con esta opción.

DEFINICIÓN AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

Salvo las condiciones y exclusiones indicadas en este clausulado, LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO el capital estipulado para el presente amparo, si durante la vigencia del amparo, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de cualquiera de las siguientes enfermedades:

- **Cáncer.**
- **Infarto al miocardio.**
- **Insuficiencia renal crónica.**
- **Esclerosis múltiple.**
- **Accidente cerebro-vascular.**
- **Afección de arteria coronaria que exija cirugía.**
- **Quemadura severa.**
- **Enfermedad de Alzheimer.**
- **Enfermedad de Parkinson.**
- **Parálisis de miembros superiores o inferiores.**
- **Pérdida de miembros superiores o inferiores.**
- **Pérdida total de la audición.**
- **Pérdida total de la visión.**
- **Estado de coma.**
- **Trasplante de órgano mayor.**
- **Traumatismo mayor de cabeza.**

Para todos los efectos previstos en esta póliza y en este amparo se entiende por:

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento y la expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. Se incluye en esta definición la leucemia linfocitico aguda, los linfomas, la enfermedad de Hodking, así como el melanoma maligno. El diagnóstico de cualquiera de las anteriores, debe ser evidenciado por una histología claramente definida.

Infarto al miocardio: Necrosis de una parte del músculo cardiaco como consecuencia del abastecimiento sanguíneo inadecuado a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado por todos los siguientes aspectos: historia de dolor torácico típico, cambios en el electrocardiograma y elevación de las enzimas cardiacas troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Insuficiencia renal crónica: Enfermedad que se caracteriza por una falla crónica e irreversible de la función renal de ambos riñones, en la que EL ASEGURADO requiere finalmente de diálisis o trasplante. Dicho diagnóstico, debe ser certificado por un nefrólogo.

Esclerosis múltiple: Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple establecido por un especialista en neurología. La enfermedad debe ser evidenciada por síntomas clínicos típicos de desmielinización, deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la resonancia nuclear magnética.
Para probar el diagnóstico, EL ASEGURADO debe exhibir anomalías neurológicas que hayan existido por un período continuo de por lo menos seis (6) meses o haber tenido al menos dos episodios clínicamente documentados con un intervalo de un mes entre ellos o un episodio clínicamente documentado junto con hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, como así también lesiones cerebrales específicas detectadas en la resonancia nuclear magnética.

Accidente cerebro-vascular: Cualquier incidente o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas permanentes y que incluya infarto del tejido

cerebral, hemorragia de un vaso intra craneano o embolización de fuente extra craneal. Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.
El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la tac (tomografía axial computarizada) de cerebro y rnm (resonancia nuclear magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Afección de arteria coronaria que exija cirugía: Haberse sometido a cirugía cardiaca a tórax abierto para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias, por implante de un puente arterial coronario en personas con síntomas de dolor torácico. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada mediante angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quemadura severa: Dícese de las quemaduras de tercer grado, que comprometan más del 20% de la superficie corporal del ASEGURADO, el diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

Enfermedad de Alzheimer: Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil) antes de la edad de 66 años, confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (Por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Enfermedad de Parkinson: Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiomática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluídas) antes de los 66 años, confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.
Se considera Actividades de la vida diaria bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse , higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

Parálisis de miembros superiores o inferiores: Se considera parálisis de un miembro superior la pérdida funcional completa y permanente de la mano, y se considera parálisis de un miembro inferior la pérdida funcional completa y permanente del pie, por enfermedad o accidente con una duración continua no inferior a ciento ochenta (180) días comunes, confirmado por un médico especialista. El diagnóstico deberá ser confirmado cumplidos los ciento ochenta (180) días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

Si la parálisis es de dos (2) o más miembros, el ASEGURADO tendrá derecho a que

le sea indemnizado el 100% del valor asegurado alcanzado. Si la parálisis es de un (1) solo miembro, el asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 60% del valor asegurado alcanzado.

Pérdida de miembros superiores o inferiores: Se considera la pérdida de un miembro superior la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o parte proximal a ella, y la pérdida de un miembro inferior la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o parte proximal de él. Si la pérdida es de dos (2) o más miembros, el asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 100% del valor asegurado alcanzado. Si la pérdida es de un (1) solo miembro, el asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 60% del valor asegurado alcanzado.

Pérdida total de la audición: Pérdida total, permanente o irreversible de la audición en ambos oídos, demostrada por audiometría e impedanciometría.

Pérdida total de la visión: La pérdida total, permanente e incorregible de la visión en ambos ojos, demostrada por agudeza visual no menos a 20/200 y respuesta abolida en la prueba de potenciales evocados visuales, o campos visuales menos de diez (10) grados en el meridiano mayor o parte central diagnosticada por campimetría.

Estado de coma: Pérdida continúa de la conciencia de por lo menos 96 horas de duración, que produzca déficit neurológico permanente de grado severo. Durante todo el periodo de pérdida de la conciencia es necesario que el ASEGURADO haya requerido cuidados intensivos, incluyendo ventilación asistida.

Trasplante de órgano mayor: Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas. Los órganos cuyo trasplante está cubierto por esta póliza son los siguientes: hígado, corazón, médula ósea, páncreas, pulmón e intestino.

Traumatismo mayor de cabeza: Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los test neuroradiológicos (por ejemplo TAC o RNM de cerebro)
El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

PARÁGRAFO 1:

La indemnización por este amparo puede aplicarse solamente a las enfermedades graves cubiertas según las definiciones presentadas en este amparo, siempre y cuando sean diagnosticadas por primera vez y haya transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la iniciación de la vigencia de este amparo y EL ASEGURADO sobreviva al menos treinta (30) días a dicho diagnóstico. Para ciertas enfermedades específicas se aplicarán los plazos descritos en las definiciones.

DEFINICIÓN AMPARO AUXILIO POR FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA otorga a los beneficiarios un auxilio económico para cubrir los gastos funerarios por fallecimiento del ASEGURADO, ocurrido durante la vigencia de la póliza por causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza. El valor a indemnizar será el pactado para tal efecto en la carátula de la póliza.

III Terminación de los amparos.

Cuando el seguro o amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, LA COMPAÑÍA notificará dicha terminación al TOMADOR/ASEGURADO.

Los amparos otorgados por la presente póliza, terminan en los siguientes casos:

AMPARO POR FALLECIMIENTO.

1. A partir de la fecha indicada por EL ASEGURADO, cuando solicite por escrito la terminación del seguro.
2. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad
3. Al fallecimiento del ASEGURADO.
4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

AMPARO DE AUXILIO POR FALLECIMIENTO.

1. A partir de la fecha indicada por EL ASEGURADO, cuando solicite por escrito la terminación del seguro.
2. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad.
3. Al fallecimiento del ASEGURADO.
4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

1. Al término de la vigencia (anualidad) en que el ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
2. Por el pago de las indemnizaciones contempladas en los numerales 1) al 9) de la RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN relacionada en el numeral I Definición de los amparos, AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE de este condicionado. De igual manera cuando el porcentaje afectado de los numerales 10 al 13 de la RELACION DE RIESGOS DE INDEMNIZACIONES ya mencionada en este párrafo, sea igual o superior al sesenta (60%).
3. Al fallecimiento del ASEGURADO.
4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

1. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
2. Si el ASEGURADO hubiere recibido una indemnización que corresponda por concepto de este amparo.
3. En el momento del fallecimiento del ASEGURADO.
4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la Póliza de seguro.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de acuerdo a la reclamación formal presentada por EL ASEGURADO o los beneficiarios, acompañada de los documentos necesarios.

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

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS.

Para acreditar el derecho a la indemnización, EL ASEGURADO o el(los) beneficiario(s) presentarán a LA COMPAÑÍA la reclamación soportada con los documentos que demuestren la ocurrencia del siniestro y su cuantía. **LA COMPAÑÍA de manera meramente ilustrativa sugiere soportar la reclamación con los siguientes documentos, según sea el caso:**

AMPARO POR FALLECIMIENTO Y AUXILIO POR FALLECIMIENTO:

1) Fotocopia simple de la póliza.
2) Carta de reclamación del Seguro.
3) Fotocopia del documento de identidad del ASEGURADO.
4) Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
5) Registro Civil de Nacimiento del ASEGURADO o en su defecto partida de bautismo o fotocopia del documento de identidad.
6) Copia de la historia clínica (Si el ASEGURADO falleció en una institución médica).
7) Declaración del médico de cabecera.
8) Fotocopia del Documento de identidad de los beneficiarios. Para menores de edad Registro Civil de Nacimiento con no más de 30 días de expedido.
9) Prueba de la condición de representante legal o curador de los beneficiarios menores de edad.

En caso de declaración de Muerte Presunta por Desaparecimiento se requiere adicionalmente: Fotocopia de la sentencia judicial ejecutoriada que declaró la muerte presuntiva por desaparecimiento.

AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

1) Fotocopia simple de la póliza.
2) Carta de reclamación del Seguro.
3) Fotocopia del documento de identidad de la póliza.
4) La certificación expedida por el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario, para demostrar la ocurrencia del accidente.

5) Dictamen del médico tratante donde certifique causa, descripción de la incapacidad y diagnóstico a futuro o historia clínica, fecha de estructuración y fecha de evaluación.
6) Si se posee, adjuntar la calificación de la Junta de Calificación de Invalidez que contenga la fecha de calificación y la fecha de estructuración.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

1) Carta de reclamación.
2) Fotocopia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
3) Fotocopia simple de la póliza.
4) Informe y certificado médico sobre las enfermedades.
5) Fotocopia de la Historia Clínica del ASEGURADO expedida por los médicos tratantes o centros hospitalarios.
6) Exámenes de diagnóstico y demás pruebas que determinen sin duda alguna la ocurrencia del riesgo amparado.

Capítulo IV
Cuestiones Fundamentales de Carácter Legal

INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
Los amparos seleccionados en la solicitud de seguro, entrarán en vigencia a partir de la hora 00:00 del día de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza.

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

EL ASEGURADO está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según cuestionario que sea propuesto por LA COMPAÑIA. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑIA lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

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

En caso de inexactitud o reticencia del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA sólo podrá aplicar las sanciones arriba contempladas, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que ocurrió EL ASEGURADO. Esta condición no tendrá aplicación cuando EL ASEGURADO oculte el padecimiento de alguna de las siguientes enfermedades catastróficas: Cáncer, SIDA/VIH, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Apoplejía, Accidente Cerebrovascular y Enfermedades Mentales.

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

EDADES.

La edad mínima de ingreso a la presente póliza es de dieciocho (18) años de edad. La edad máxima para ingreso en las coberturas de fallecimiento, auxilio por fallecimiento y asistencia es de sesenta y nueve (69) años y la edad máxima para la permanencia del ASEGURADO en estas coberturas es al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad.

Para los demás amparos la edad máxima de ingreso es de 69 años y la edad máxima de permanencia del ASEGURADO es al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad.

INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

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

1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio, mencionada en el aparte Declaración Inexacta o Reticente de las Condiciones Generales de la póliza.
2) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que el valor asegurado guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
3) Si la edad verdadera es menor que la declarada, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 2.

VIGENCIA DEL SEGURO.

La póliza se expide por periodos temporales de un (1) año.

VALOR ASEGURADO.

Inicial.

El valor asegurado inicial para todos los amparos será el señalado en la carátula de la póliza.

Incremento.

Cada año, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, el valor asegurado se incrementará aritméticamente de acuerdo al porcentaje escogido por EL ASEGURADO en la solicitud individual. El valor del incremento se calculará sobre el valor asegurado inicial, hasta la fecha del aniversario más cercana a aquella en que EL ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para la póliza.

Modificaciones.

El Asegurado puede solicitar por escrito a la vigencia (anualidad) de la póliza aumentos del valor asegurado. Todas las solicitudes de aumento del valor asegurado requieren el diligenciamiento de una nueva solicitud individual de seguro y nuevos exámenes médicos, de acuerdo con las políticas de suscripción establecidas por LA COMPAÑÍA para el presente seguro. El recibido de la solicitud de aumento por parte de LA COMPAÑÍA no implicará la aceptación del mismo, pues LA COMPAÑÍA tendrá el derecho al estudio de la solicitud de acuerdo con el resultado de los exámenes médicos y las políticas de suscripción. En caso de aceptación por parte de LA COMPAÑÍA, el Tomador deberá pagar el incremento de valor de prima correspondiente al aumento.

Las disminuciones de valor asegurado deberán ser solicitadas por escrito por el Asegurado a la vigencia (anualidad) de la póliza.

PRIMAS.

CÁLCULO: para todos los amparos las primas se calcularán con base en la tarifa pertinente para periodos de un (1) año, con pago de prima anual anticipado de acuerdo

con la edad y sumas aseguradas de los diferentes amparos al inicio de cada anualidad. El total de la prima está conformado por la sumatoria de la prima del amparo de fallecimiento, la prima de los amparos adicionales contratados y las extra primas si las hay.

RECAUDO: El pago de la prima correspondiente deberá efectuarse al inicio de cada vigencia, LA COMPAÑÍA podrá autorizar el pago de las primas por cuotas semestrales, trimestrales o mensuales, cuyos valores se obtienen multiplicando la prima anual por 0,512, 0.259 y 0.087, respectivamente.

PLAZO DE GRACIA: La prima o cuota de prima en caso de fraccionamiento deberá pagarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la fecha de inicio de la vigencia estipulada en la carátula de la póliza. El no pago de las primas o cuotas correspondientes en los tiempos establecidos, ocasionará la terminación automática de la póliza.

Si después de la terminación del contrato de seguro, LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.

PARÁGRAFO.
En caso de siniestro LA COMPAÑIA deducirá de la indemnización las fracciones de prima que falten para completar el valor total de la anualidad en curso.

BENEFICIARIOS.

Mientras esta póliza se encuentre vigente, EL ASEGURADO podrá designar un nuevo beneficiario o beneficiarios del seguro mediante una comunicación escrita dirigida a LA COMPAÑÍA. El cambio de beneficiario surtirá efecto desde el momento en que dicha comunicación sea recibida por LA COMPAÑÍA, excepto si se pretende efectuar el cambio de un beneficiario que ha sido designado a título oneroso.

En tal sentido y conforme lo estipulado en el artículo 1146 del Código de Comercio, el Asegurado no podrá revocar la designación de beneficiario hecha a título oneroso ni desmejorar su condición mientras subsista el interés que lo legitima, a menos que dicho beneficiario consienta en la revocación o desmejora.

DOMICILIO.
Sin perjuicio de las disposiciones procesales que resulten aplicables, como domicilio contractual se fija la ciudad que figure en la carátula de la póliza.

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

EDGAR MARTIN PASTAS CASTILLO
Agente de Seguros Vinculado
CC: 12993732
CALLE 15 N 32-30 AP502 -
PASTO
Tel. 7316747
E-mail: Edgar.Pastas@allia2.com.co

Allianz Seguros de Vida S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860027404 - 1

29-10-2021 01:11:06 03101103020OI00CO52 CA021030 1080261

CONSULTA CORRESPONDENCIA - LI

DETALLE DE FICHA GESTIÓN

Referencia	P-Poliza	022962369	00000		
Usuario Conectado	CE02393	Sucursal / UC	S236	Nivel Usuario	50030

DATOS DEL DOCUMENTO

Modelo/Descripción	4344	PENDIENTE POR REQUISITOS ADICIONALES			
Fecha/Hora de Creación	08/10/2021	07:23	Usuario de Creación	CE00323	Origen
LOPD	N		Privado	N	Nivel Documento	50020
Medio Envio	6 - Correo Electrónico				
Tipo Destino	5 - AGENTE				
Código de ficha	507973651		Dirección Origen	C	

DETALLE DEL REGISTRO

CORREO ELECTRONICO

DESTINATARIO:
PASTAS CASTILLO, EDGAR MARTIN
CALLE 15 N 32-30 AP502
52 0-PASTO
EMAIL Edgar.Pastas@allia2.com.co
REMETENTE:
ALLIANZ
Cra. 13A No. 29-24
11 001 -Bogotá, D.C., Colombia
www.allianz.co
8 de Octubre de 2021
Póliza: 022962369
Ramo: 0177 Vida ActuAll
Tomador: LOPEZ Y LOPEZ GUERRRO DIEGO ANDRES

Estimado Asesor, con base en la evaluación realizada por nuestro D
epartamento Médico de suscripción a la información registrada en
la Historia clínica aportada por el solicitante, LA COMPAÑÍA ha de
cidido desbloquear la póliza en asunto, con las siguientes condici
ones:.

Exclusión en el anexo de Incapacidad, inutilización o Desmembració
n por enfermedad o accidente por concepto de dolor lumbar.

Por lo anterior y con el fin de atender de manera prioritaria su s
olicitud, se hace necesario adjuntar documento debidamente firmado
por el cliente, en donde se acepte las condiciones establecidas p
orLA COMPAÑÍA. Estos soportes deberán ser indexados bajo la imagen
2728 DESBLOQUEO CENTRAL.

Nuestra ambición es ser la mejor y más confiable aseguradora de Co
lombia.

Este es un mensaje automático, por favor no responda este correo y
a que el buzón no es monitoreado, lo invitamos a consultar aquí ht
tps://n9.cl/6m4r.

AVISO

> Grabar > Cerrar

Solicitud Seguro de Vida Individual - Allianz Vida ActuAll

(Para asegurados hasta 69 años de edad) Favor diligenciar con letra legible. Recuerde adjuntar el formato SARLAFT

Indexación Ficha de Gestión de la póliza: Código 2252

Allianz

Allianz Seguros de Vida S.A.

1. Información Tomador (Diligenciar si es diferente al Asegurado)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	Tipo y No. Documento de identidad	Género
LOPEZ Y LOPEZ	GUERRERO	DIEGO ANDRES	98429932	MASCULINO

2. Información Asegurado (persona natural)

C.C. (●) C.E. ( ) NIT ( ) Pasaporte ( ) No. Documento 98.429.932 | Género MASCULINO | Estado civil CASADO | No. Hijos 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	Ciudad y Fecha de Nacimiento	DD	MM	AÑO
LOPEZ Y LOPEZ	GUERRERO	DIEGO ANDRES	TUMACO(NARIÑO)	21	05	1977

Dirección particular	Ciudad	Dirección Comercial	Ciudad
CONJUNTO CAMPESTRE LA ESTANCIA CASA 1	CHACHAGÜI	CRA 24 NRO 19-33 EDIFICIO PASTO PLAZA OF 515	PASTO

Empresa donde trabaja	Actividad económica de la empresa	Correo electrónico
INDEPENDIENTE	ABOGADO	diegolopezylopez@hotmail.com

3. Información Beneficiarios (La sumatoria del % de Participación del valor asegurado debe ser del 100%)

Tipo Identific.	No. Documento de identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	% Partic. Vr. Asegurado	Parentesco
CC	25.282.414	ENEIDA YICELA	CELIS	BENAVIDES	50	Cónyuge
TI	1.081.272.341	LUISA MARIA	LOPEZYLOPEZ	CELIS	50	Hijo
TI						Otros
RC						Otros

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC. Cédula de Ciudadanía - CE. Cédula de Extranjería - PA. Pasaporte - TI. Tarjeta de Identidad - RC. Registro Civil. NIT. No. de identificación tributario.

PARENTESCO: Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar:

Con derecho a Acrecimiento (●) SI ( ) NO

3.1. Beneficiario oneroso (Autorización renovación póliza)

En caso que se designe un beneficiario oneroso, autorizo a la Compañía para renovar automáticamente la vigencia del contrato de seguro a partir de su vencimiento, por un periodo no mayor a 12 meses, siempre y cuando la prima de la vigencia anterior haya sido recaudada en su totalidad.

Firma Asegurado

C.C. No. 98'429.932

4. Coberturas y valores asegurados

Coberturas	Valor asegurado (Escriba el valor asegurado a contratar)
1 Fallecimiento (cobertura obligatoria)	$ 900.000.000
2 Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente	$ 900.000.000
3 Enfermedades Graves	$ 750.000.000
4 Indemnización por Fallecimiento Accidental	$ 0

Coberturas (Marque la cobertura que desea adquirir)	Valor asegurado Marque (X) para contratar la cobertura	SI (X)
5 Auxilio por fallecimiento	$ 7.000.000	x
6 Renta diaria por hospitalización y Renta diaria por incapacidad temporal por accidente. (Para amas de casa el valor asegurado será de $20.000)	Ingreso diario mensual (Máximo $500.000)	
7 Asistencia Multifamiliar	Coberturas incluidas en el producto	
8 Asistencia de Adulto Mayor	Coberturas incluidas en el producto	
9 Asistencia de Bienestar y Salud	Coberturas incluidas en el producto	

Seleccione una (1) opción de crecimiento anual del valor asegurado			Seleccione la forma de pago de la prima			
			Anual	Trimestral	Semestral	Mensual
0% (●)	3% ( )	5% ( )	(●)	( )	( )	( )

5. Datos del Riesgo. Información del asegurado

Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo: Abogado especializado derecho comercial Independiente

¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO (●) SI ( ), ¿A cuál? _____

¿Es piloto de aeronave y/o practica como profesional _____ o aficionado _____, ocasional _____ o regularmente _____ deportes tales como toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? NO (●) SI ( ). Favor aclarar _____

¿Tiene usted servicio de escoltas o guardaespaldas? NO (●), SI ( ), aclare motivos: _____

¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? NO (●), SI ( ), aclare _____

¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? NO (●), SI ( ), aclare motivos: _____

¿Existen o han existido demandas o procesos judiciales promovidos en su contra ? NO (●), SI ( ), aclare naturaleza de la demanda, juzgado y causa: _____

¿Ha sido investigado por cometer algún delito? NO (●), SI ( ), en caso afirmativo especifique: _____

6. Información de otros seguros

¿Tiene algún seguro de vida individual o accidentes personales vigente, diferente a aquellos que respaldan deudas en entidades financieras? NO ( ), SI (●), nombre compañía SEGUROS BOLIVAR-COLECTIVO valor asegurado 60.000.000 fecha expedición 2021

¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? NO (●), SI ( ), nombre Compañía _____, ¿ Ha rehusado alguna Compañía expedir o rehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO (●), SI ( ), motivo y nombre de la compañía _____

7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado

Peso (kg) 63 Estatura (cm) 1,60 ¿Fuma? NO ( ) SI (●). ¿Cuántos cigarrillos al día? 10 AL MES Desde cuando? 2000

¿Bebe licor ? NO ( ) SI (●), en caso afirmativo, aclare frecuencia ENCUENTROS SOCIALES

¿Su capacidad de trabajo está reducida o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas ? NO (●), SI ( ), ¿Por qué?

¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO ( ), SI (●), Si su respuesta es NO especifique.

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI ( )	NO (●)	i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis. Trauma cráneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?	SI (●)	NO ( )
b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?	SI ( )	NO (●)	j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?	SI ( )	NO (●)
c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?	SI ( )	NO (●)	k. ¿Paraplejia, Hemiplejia, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?	SI ( )	NO (●)
d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardiaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?	SI ( )	NO (●)	l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	SI ( )	NO (●)
e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hernias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?	SI (●)	NO ( )	m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	SI ( )	NO (●)
f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?	SI ( )	NO (●)	n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?	SI ( )	NO (●)
g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Mieloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?	SI ( )	NO (●)	o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.	SI ( )	NO ( ) ¿Cuántos meses?
h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI ( )	NO (●)	p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	SI ( )	NO ( )

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta (Literal)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia ó practica Día	Mes	Año	Tratamiento o evolución	Estado actual
E	HERNIA INGUINAL		06	2005	OPERACION HERNIA INGUINAL	SANO
I	LUMBALGIA		02	2021	EN TRATAMIENTO VERTEBRA L5 S1	SANO

8. Compromiso de Sinceridad y Veracidad de las Declaraciones

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier reticencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le viciara de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación esta permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICION DE LA PÓLIZA.

9. Cláusula de Asegurabilidad

El diligenciamiento de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningun modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

10. Tratamiento de Datos Personales

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas SI (●) NO ( )

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI (●) NO ( )

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI (●) NO ( )

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

DECLARACIÓN: Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A les solicite, aún después de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma Asegurado

No. Documento de identidad: 98'429.932

Índice Derecho

Firma Tomador

No. Documento de identidad: 98'429.932

Índice Derecho

Se firma la presente solicitud en la ciudad de : PASTO **el día** 25 **de** AGOSTO **de** 2021

INFORME DEL ASESOR SOBRE EL SOLICITANTE DE SEGURO DE VIDA

Formulario para ser respondido completamente por el asesor

La información de este documento es de vital importancia para la evaluación del negocio, por lo que solicitamos diligenciarlo en letra clara, en tinta y sin dejar espacios en blanco

Para uso exclusivo Allianz

Nombre solicitante: DIEGO ANDRES LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO

¿El seguro fue solicitado directamente por el cliente? SI (●) NO ( )

¿Hace cuanto conoce al solicitante? 5 AÑOS

¿Bajo que circunstancias lo conoció? CLIENTE REFERIDO

¿Tiene o ha tenido conocimiento acerca de si el solicitante presenta o ha presentado antecedentes penales, ha estado privado de la libertad alguna vez o si en cualquier tiempo ha tenido vínculos con actividades al margen de la ley? SI ( ) NO (●). En caso afirmativo aclare y amplíe su respuesta _____

¿Conoce algún dato del solicitante que afecte el riesgo y/o que no haya sido declarado en la solicitud? SI ( ) NO (●). En caso afirmativo, explique: _____

OBSERVACIONES: BUEN RIESGO MORAL, CLIENTE ECONOMICAMENTE ESTABLE

Lugar de la entrevista OFICINA ASEGURADO **Fecha: Día** 25 **Mes** 08 **Año** 20 **Hora** 5 PM

Nombre del asesor EDGAR MARTIN PASTAS CASTILL Clave asesor 1080261 Teléfono de contacto 3187165224

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	2018-08-30	**Hora Ingreso:**	7:10:46	**Número Ingreso:**	15145393	**N° Historia:**	14326617
Fecha Atención:	2018-08-30	**Hora Atención:**	7:15:0	**Ambito de Realización:**	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	2018-08-30	**Hora Fin Atención:**	7:15:0	**Tipo Consulta:**	TIPOCONSULTA		
Nombre IPS:	MI IPS NARIÑO - IPS PASTO SUR			**Código Habilitación:**	520010031301	**Nit:**	814006380
IPS Primaria:	Corporacion Mi Ips Nariño Ips Pasto Sur						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Pasto			**Grupo Atención:**	Negro		

Datos Paciente

Nombre:	DIEGO ANDRES LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO			**Tipo Identificación:**	Cédula Ciudadanía	**N° Identificación:**	98429932
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	**Estado Civil:**	SOLTERO	**Fecha Nacimiento:**	1977-05-21	**Edad:**	41 años 3 meses 9 días
Sexo:	MASCULINO	**Ocupación:**	EMPLEADO(A)	**Dirección:**	KR 16 15A 36 AIRE LIBRE	**Télefono:**	7360020
Acompañante:	GYCELLA CELIS			**Teléfono:**	3105281530	**Parentesco:**	ESPOSA
Responsable:				**Teléfono:**			
Finalidad::	NO APLICA			**Causa Externa**	ENFERMEDAD GENERAL		

Anamnesis

Referencia y Contrareferencia:

Motivo de Consulta: ME DIO CALCULOS"

Enfermedad Actual: PACIENTE CON ESCALOFRIOS, ADORMECIMIENTO EN MIEMBROS INFERIORES DE EVOLUCION UNA SEMANA, NO FIEBRE,ORINAS TURBIAS, DE COLOR BLANQUECINO , COMO TIZA, Y LUEGO HEMATURIA, ACUDE POR URGENCIAS, Y ODENAN UROANALISIS COMPATIBLE CON IVU, YCON LEUCOCITURIA YORDENAN HIOSCIN NITROFURANTOINA, TIENE ECOGRAFIA DE VIAS URINARIA DEL 24/08/2018 RIÑONS DE FORMA TAMAÑO Y ECOGENCIDA NORMALS SIN LESIONES FOCALE ODOFISUA EN SU INTERIO CON ADECUADA DIFEREINCIACION DE CORTICO MEDULAR, SINDILATACION DELOS SISTEMAS PIELOCALICIALENI CALCULSO MAYO DE 5MM, RIÑON DEREHCO E IZQUEIRDO NORMA OPINO ESTUDO DENTRO LIMITES NORMALE SINTOMATICO RESPIRATORIO Y DE PIEL NO , SIN ANTECEDENTES DE MALTRATO FISICO ,SEXUAL O EMOCIONAL ANTECEDENTE PERSONALES: Alergicos:negativos Congénitos:negativos Quirugicos:negativos Patologicos:negativos Toxicos:negativos Farmacológicos:negativos vacunales:negativos Traumaticos:negativos Transfusionales:negativos ocupacionales:negativos Crónicos:negativos INfecciosas:negativos Veneros:negativos Habitos de riesgo: no Hábitos saludables: dieta saludable,cepillado de dientes,ejercicio, recreacion ANTECEDENTES FAMILIARES: Hipertension arterial:negativo Diabetes: negativos Cáncer: negativos Coronariopatias:negativos Tuberculosis:negativos Hipotiroidismo : negativos Preeclampsia:negativos Asma:negativos Otros:negativos

Escala del Dolor:

Discapacidades:

Revisión por Sistemas

Variable	Estado	Observación
El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema		

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca:		**Temperatura:**	
Sístole:		**Talla:**	
Diástole:		**Peso:**	
Frecuencia Respiratoria:		**Indice de Masa Corporal:**	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	2018-08-30	**Hora Ingreso:**	7:10:46	**Número Ingreso:**	15145393	**N° Historia:**	14326617
Fecha Atención:	2018-08-30	**Hora Atención:**	7:15:0	**Ambito de Realización:**	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	2018-08-30	**Hora Fin Atención:**	7:15:0	**Tipo Consulta:**	TIPOCONSULTA		
Nombre IPS:	MI IPS NARIÑO - IPS PASTO SUR			**Código Habilitación:**	520010031301	**Nit:**	814006380
IPS Primaria:	Corporacion Mi Ips Nariño Ips Pasto Sur						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Pasto			**Grupo Atención:**	Negro		

Saturación:
T.A.M.:
Glucometría:
Perimetro Abdominal:

Examen Físico

Parte del cuerpo	
Abdomen	**Nombre Variable:** RS IS normales, no hernias ni masas **Observación:** NO DOLOROSO NO DISTENIDO NOMASAS
Aspecto General	**Nombre Variable:** Buen aspecto general y mucosas humedas **Observación:**
Cardiovascular	**Nombre Variable:** Ruidos cardiacos rítmicos, regulares sin soplos **Observación:**
Neurológico	**Nombre Variable:** Normal **Observación:**
Osteomuscular	**Nombre Variable:** Arcos/movimiento adecuados/tróficos/no deformidad **Observación:**
Piel y faneras	**Nombre Variable:** No manchas insensibles, palidez ni dermatitis **Observación:**
Torax	**Nombre Variable:** Apariencia normal y Ruidos respiratorios normales **Observación:**

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado
Código CIE10:	N390
Tipo de Diagnóstico:	CONFIRMADO REPETIDO
Observación:	

DIAGNOSTICO SECUNDARIO:	Examen de pesquisa especial para tumor de la prostata
Código CIE10:	Z125
Tipo de Diagnóstico:	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Observación:	

Medicamentos

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	2018-08-30	**Hora Ingreso:**	7:10:46	**Número Ingreso:**	15145393	**N° Historia:**	14326617
Fecha Atención:	2018-08-30	**Hora Atención:**	7:15:0	**Ambito de Realización:**	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	2018-08-30	**Hora Fin Atención:**	7:15:0	**Tipo Consulta:**	TIPOCONSULTA		
Nombre IPS:	MI IPS NARIÑO - IPS PASTO SUR			**Código Habilitación:**	520010031301	**Nit:**	814006380
IPS Primaria:	Corporacion Mi Ips Nariño Ips Pasto Sur						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Pasto			**Grupo Atención:**	Negro		

Plan Manejo

NO ES VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO NI DESPLAZAMIENTO SINTOMATICO RESPIRATORIO Y DE PIEL NO , SIN ANTECEDENTES DE MALTRATO FISICO ,SEXUAL O EMOCIONAL SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS, PARA PREVENIR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, DIETA SALUDABLE, CON FRUTAS Y VERDURAS, EJERCICIO MODERADO SE EXPLICA PATOLOGIA, LOS SIGNOS DE ALARMA QUE SI SE PRESENTAN DEBE ACUDIR POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, EL PACIENTE ACEPTA TRATAMIENTO, USAR PRESERVATIVO PARA PREVENCION DE ETS,

Resultado Apoyo Diagnóstico

Procedimiento	Resultado:	Observación:	Valor resultado

Profesional:	SONIA PATRICIA BURBANO DOMINGUEZ	**Especialidad:**	MEDICINA_GENERAL
Registro Médico:	5221299	**Identificación Profesional:**	59816890

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	2018-08-30	**Hora Ingreso:**	8:7:15	**Número Ingreso:**	15150183	**N° Historia:**	14327808
Fecha Atención:	2018-08-30	**Hora Atención:**	8:7:37	**Ambito de Realización:**	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	2018-08-30	**Hora Fin Atención:**	8:7:37	**Tipo Consulta:**	TIPOCONSULTA		
Nombre IPS:	MI IPS NARIÑO - IPS PASTO SUR			**Código Habilitación:**	520010031301	**Nit:**	814006380
IPS Primaria:	Corporacion Mi Ips Nariño Ips Pasto Sur						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Pasto			**Grupo Atención:**			

Datos Paciente

Nombre:	DIEGO ANDRES LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO			**Tipo Identificación:**	Cédula Ciudadanía	**N° Identificación:**	98429932
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	**Estado Civil:**	SOLTERO	**Fecha Nacimiento:**	1977-05-21	**Edad:**	41 años 3 meses 9 días
Sexo:	MASCULINO	**Ocupación:**	EMPLEADO(A)	**Dirección:**	KR 16 15A 36 AIRE LIBRE	**Télefono:**	7360020
Acompañante:				**Teléfono:**		**Parentesco:**	
Responsable:				**Teléfono:**			
Finalidad::	ATENCION DEL PARTO(PUERPERIO)			**Causa Externa**	ACCIDENTE DE TRABAJO		

Anamnesis

Referencia y Contrareferencia:
Motivo de Consulta:
Enfermedad Actual:
Escala del Dolor:
Discapacidades:

Revisión por Sistemas

Variable	Estado	Observación
El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema		

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca:	**Temperatura:**
Sístole:	**Talla:**
Diástole:	**Peso:**
Frecuencia Respiratoria:	**Indice de Masa Corporal:**
Saturación:	**Glucometría:**
T.A.M.:	**Perimetro Abdominal:**

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:	Examen medico general
Código CIE10:	Z000
Tipo de Diagnóstico:	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	2018-08-30	**Hora Ingreso:**	8:7:15	**Número Ingreso:**	15150183	**N° Historia:**	14327808
Fecha Atención:	2018-08-30	**Hora Atención:**	8:7:37	**Ambito de Realización:**	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	2018-08-30	**Hora Fin Atención:**	8:7:37	**Tipo Consulta:**	TIPOCONSULTA		
Nombre IPS:	MI IPS NARIÑO - IPS PASTO SUR			**Código Habilitación:**	520010031301	**Nit:**	814006380
IPS Primaria:	Corporacion Mi Ips Nariño Ips Pasto Sur						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Pasto			**Grupo Atención:**			

Observación:

Dx de Venta Por Servicios

Medicamentos

Plan Manejo

Resultado Apoyo Diagnóstico

Procedimiento	Resultado:	Observación:	Valor resultado

Profesional:	RICHARD RAUL OTALORA CARDOZO	**Especialidad:**	MEDICINA_GENERAL
Registro Médico:	7982288700	**Identificación Profesional:**	7982288700

Sede: PASTO SUR

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	DIEGO ANDRES LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO	Documento de identificación:	98429932
Fecha de Nacimiento:	21/05/1977	Edad:	44 Anos
Municipio de origen:	PASTO	Municipio de Residencia:	PASTO
Estado Civil:	Soltero	Estrato:	2
Escolaridad:	NO DEFINIDO	Ocupacion:	No Aplica
Etnia:	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad:	Sin Discapacidades
Desplazado:	No	Familias en Acción:	No
Dirección:	MZ B CA 17 URB QUITORRE LO	Telefono:	314-7875
Sexo:	MASCULINO	Religión:	Catolica
Celular:	(314) 787-5453	Correo electrónico:	

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

- **ANTECEDENTES PERSONALES**
- **ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS**
- **ANTECEDENTES ALERGICOS**
- **ANTECEDENTES FAMILIARES**
- **IDENTIFICACION DE RIESGOS ESPECIFICOS**

Sintomático respiratorio: NO

Profesional : PAOLA ANDREA BASTIDAS ERAZO Registro: 1085313087 Fecha : 06/04/2021

Mujer o menor víctima del maltrato: NO

Profesional : PAOLA ANDREA BASTIDAS ERAZO Registro: 1085313087 Fecha : 06/04/2021

Víctima de violencia sexual: NO

Profesional : PAOLA ANDREA BASTIDAS ERAZO Registro: 1085313087 Fecha : 06/04/2021

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:6080924321 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : PAOLA ANDREA BASTIDAS ERAZO Registro: 1085313087 Fecha : 26/01/2021 17:05 Sede : PASTO SUR

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **ME DUELE A NIVEL LUMBAR**

Enfermedad Actual: **PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECENTES PATOLOGICOS, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE TRES MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO SIN IRRADIACION SIN MIGRACION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. REFEIRE AUTOMEDICA CON METOCARBAMOL Y PARCHE DE LEON COMPLEJO B SIN MEJORIA**

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos:	**No refiere**
Ojos:	**No refiere**
Orl:	**No refiere**
Cuello:	**No refiere**
Cardiovascular:	**No refiere**
Pulmonar:	**No refiere**
Digestivo:	**No refiere**
Genital/Urinario:	**No refiere**
Musc. Esqueltico:	**No refiere**
Neurologico:	**No refiere**
Otros:	**No refiere**

SIGNOS VITALES

T.A: **120/80** Pulso: **80** F.R: **20** Temperatura: **36** Peso: **66.0 Kg** Talla: **160** Indice de Masa: **25.78**

Circunferencia Abdominal (Cms): **85**

Cond. Generales:	**BUENAS CONDICIONES GENERALES**
Cabeza:	**NORMOCEFALICO**
Ojos:	**PUPILAS REACTIVAS**
Oidos:	**TRAGO NEGATIVO**
Nariz:	**TABIQUE NASAL CENTRADO**
Orofaringe:	**MUCOSA ORAL HUMEDA**
Cuello:	**MOVIL NO MASAS**
Dorso:	**TORAX NORMOEXPADIBLE**
Mamas:	**NO GINECOMASTIA**
Cardíaco:	**RITMICO NO SOPLOS**
Pulmonar:	**VENTIALADOS NO AGREGADOS**
Abdomen:	**BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR A LA PALPACION**
Genitales:	**NORMOCONFIGURADOS**
Extremidades:	**MOVILES NO EDEMA FUERZA 5/5 PULSOS PRESENTES**
Neurologico:	**SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE**
Otros:	**COLUMNA: DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE LUMBOSACRO,**

Sede: PASTO SUR

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO**
Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**
Finalidad Consulta: **No Aplica**
Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECENTES PATOLOGICOS, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE TRES MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL LUMBOSACRO SIN IRRADIACION SIN MIGRACION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. REFEIRE AUTOMEDICA CON METOCARBAMOL Y PARCHE DE LEON COMPLEJO B SIN MEJORIA. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES ALERTA AFEBRIL HIDRATADO NO SIGNOS DE SIRS TOLERANDO LA VÍA ORAL CON HALLAZGOS POSITIVOS DESCRITOS AL EXAMEN FÍSICO, SE ORDENA FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, TOMA DE PARACLÍNICOS, SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO DE SALUD ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

MEDICAMENTOS

Medicamento: **METOCARBAMOL+IBUPROFENO 500/400 MG (TABLETA) - GENERICO TABLETA**
Cantidad: **30**
Dosificacion: **TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 10 DIAS DESPUES SOLO SI DOLOR**
Enviado por Profesional : PAOLA ANDREA BASTIDAS ERAZO Registro: 1085313087 Fecha : 26/01/2021 17:05

Medicamento: **TIAMINA 10MG/ML (SOLUCION INYECTABLE * 10ML) SOLUCION INYECTABLE**
Cantidad: **1**
Dosificacion: **APLICAR 3 CC PASADO UN DIA POR TRES DIAS**
Enviado por Profesional : PAOLA ANDREA BASTIDAS ERAZO Registro: 1085313087 Fecha : 26/01/2021 17:05

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
Enviado por Profesional : PAOLA ANDREA BASTIDAS ERAZO Registro: 1085313087 Fecha : 26/01/2021 17:05

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 2 - #Interno:6083950260 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : JANETH OMAIRA ROSERO JURADO Registro: 59706148 Fecha : 06/03/2021 07:56 Sede : PASTO SUR

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **LECTURA DE PARACLINICOS**

Enfermedad Actual: **PECIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR LECTURA DE RADIOGRAFIAS, EN EL MOMENTO NIEGA SINTOMTOLOGIA, NIEGA SINTOMAS RESPIRTAORIOS, SE ATIENDE CON EPP OMS.**

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos:	**No refiere**
Ojos:	**No refiere**
Orl:	**No refiere**
Cuello:	**No refiere**
Cardiovascular:	**No refiere**
Pulmonar:	**No refiere**
Digestivo:	**No refiere**
Genital/Urinario:	**No refiere**
Musc. Esqueltico:	**No refiere**
Neurologico:	**No refiere**
Otros:	**No refiere**

SIGNOS VITALES

T.A: **110/70** Pulso: **77** F.R: **17** Temperatura: **36.3** Peso: **65.0 Kg** Talla: **160** Indice de Masa: **25.39**

Circunferencia Abdominal (Cms): **69**

Cond. Generales:	**EN CONDICION CLINICA ESTABLE**
Cabeza:	**NORMOCEFALO**
Ojos:	**ESCLERAS ANICTERICAS**
Oidos:	**OTOSCOPIA SIN ALTEARCION**
Nariz:	**PREMEABLE**
Orofaringe:	**MUCOSA ORAL SIN LESIONES**
Cuello:	**SIMETRICOS NO ADENOPATIAS**
Dorso:	**SE**
Mamas:	**SIMETRICAS NO MASAS**
Cardíaco:	**NO SOPLOS**
Pulmonar:	**NO SOBREAGREGADOS**
Abdomen:	**BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL**
Genitales:	**NORMOCONFIGURADOS**
Extremidades:	**SIMETRICAS MOVILES NO MASAS**
Neurologico:	**SIN DEFICIT MOTOR NO SENCITIVO APARAENTE**
Otros:	**Normal**

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal:	**M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO**

Sede: PASTO SUR

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**
Finalidad Consulta: **No Aplica**
Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE EN EL MOMENTO EN CONDICION CLINICA ESTABLE, ASINTOMATICO, SE VALORA RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA EN LA QUE SE EVIDENCIA VERTEBRA TRANSICIONAL LUMBAR BAJA, POR HALLAZGO DESCRITO SE SOLICITA VALORACIÓN POR FISIOTERAPIA, SE DA RECOMENDACIONES Y ISGNOS DE ALRAMA.

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad: OTRAS

Remision: PACIENTE EN EL MOMENTO EN CONDICION CLINICA ESTABLE, ASINTOMATICO, SE VALORA RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA EN LA QUE SE EVIDENCIA VERTEBRA TRANSICIONAL LUMBAR BAJA, POR HALLAZGO DESCRITO SE SOLICITA VALORACION POR FISIOTERAPIA, SE DA RECOMENDACIONES Y ISGNOS DE ALRAMA.

Enviado por Profesional : JANETH OMAIRA ROSERO JURADO Registro: 59706148 Fecha : 06/03/2021 07:56

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

ATENCION DE CONSULTA MEDICA DE PROCEDIMIENTOS

HISTORIA CLINICA PROCEDIMIENTOS // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : SILVANA ERASO RODRIGUEZ Registro: 1085308910 Fecha : 07/04/2021 12:19 Sede : PASTO SUR

Especialidad : FISIOTERAPIA

PROCEDIMIENTO

Código Pro.	Procedimiento	Cod. Dx.	Nombre Dx.	Fecha Dx.
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	07/04/2021

RESUMEN Y COMENTARIOS

07/04/2021

Usuario de género masculino de 43 años de edad quien ingresa al consultorio de fisioterapia por sus propios medios con diagnostico medico de LUMBAGO NO ESPECIFICADO en la intervencion fisioterapeutica se realiza manejo sedativo con termoterapia y electroanalgesia, ejercicio de tecnica de williams, ejercicio de estiramiento de miembro inferior con banda elastica, ejercicio de puenteo, 3 series de 10 repeticiones, usuario finaliza sin complicaciones.

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

HISTORIA CLINICA PROCEDIMIENTOS // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : SILVANA ERASO RODRIGUEZ Registro: 1085308910 Fecha : 08/04/2021 12:19 Sede : PASTO SUR

Especialidad : FISIOTERAPIA

PROCEDIMIENTO

Código Pro.	Procedimiento	Cod. Dx.	Nombre Dx.	Fecha Dx.
890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	08/04/2021

RESUMEN Y COMENTARIOS

08/04/2021

Usuario de género masculino de 43 años de edad quien ingresa al consultorio de fisioterapia por sus propios medios con diagnostico medico de LUMBAGO NO ESPECIFICADO en la intervencion fisioterapeutica se realiza manejo sedativo con termoterapia y electroanalgesia, ejercicio de tecnica de williams, ejercicio de estiramiento de miembro inferior con banda elastica, ejercicio de zancada en rampa con flexion de rodilla y estirameinto de zona lumbar, 3 series de 10 repeticiones, usuario finaliza sin complicaciones.

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

HISTORIA CLINICA PROCEDIMIENTOS // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : SILVANA ERASO RODRIGUEZ Registro: 1085308910 Fecha : 09/04/2021 12:56 Sede : PASTO SUR

Especialidad : FISIOTERAPIA

PROCEDIMIENTO

Código Pro.	Procedimiento	Cod. Dx.	Nombre Dx.	Fecha Dx.

RESUMEN Y COMENTARIOS

09/04/2021

Usuario de género masculino de 43 años de edad quien ingresa al consultorio de fisioterapia por sus propios medios con diagnostico medico de LUMBAGO NO ESPECIFICADO en la intervencion fisioterapeutica se realiza manejo sedativo con termoterapia y electroanalgesia, ejercicio de tecnica de williams, ejercicio de estiramiento de miembro inferior con banda elastica, ejercicio de zancada en rampa con flexion de rodilla y estirameinto de zona lumbar, 3 series de 10 repeticiones, usuario finaliza sin complicaciones.

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

HISTORIA CLINICA PROCEDIMIENTOS // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : SILVANA ERASO RODRIGUEZ Registro: 1085308910 Fecha : 10/04/2021 09:25 Sede : PASTO SUR

Especialidad : FISIOTERAPIA

PROCEDIMIENTO

Código Pro.	Procedimiento	Cod. Dx.	Nombre Dx.	Fecha Dx.

RESUMEN Y COMENTARIOS

10/04/2021

Se realiza llamado telefónico a usuario con diagnostico medico de TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA , se indaga sobre el estado de salud, posteriormente se informa que se esta realizando la llamada desde la IPS con el fin de realizar una teleconsulta, se realiza solicitud de su autorización a lo cual el responde de forma positiva , se realiza encuesta acerca de signos y síntomas covid-19 y nexo epidemiológico (Es un paciente confirmado por covid-19 o con alta sospecha clínica (no), Fiebre (mayor a 38º) en los últimos 5 días (no), Tos frecuente en los últimos 5 días (no), Dificultad respiratoria (no), Dolor de garganta (odinofagia) (no), Dolor de cuerpo/ sensación de ahogo (fatiga y adinamia) (no) Síntomas gastrointestinales (no) A estado en contacto con alguien portador de covid-19 en los últimos 14 días (no), Ha estado en zona de riesgo de covid-19 los últimos 14 días (no), Ocupación como trabajador de salud –atención de pacientes con IRA –IRAG-COVID CONFIRMADO (no), se realiza teleconsulta en la cual se explica la combinación de ejercicios ejercicio flexion de cadera con apoyo unipodal en biepdo,ejercicio en prono realizar elevación de miembro superior e inferior,.ejercicciio de flexion de miembro inferior en supino 3 series de 10 repeticiones , se finaliza teleconsulta.

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

HISTORIA CLINICA PROCEDIMIENTOS // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : SILVANA ERASO RODRIGUEZ Registro: 1085308910 Fecha : 12/04/2021 13:44 Sede : PASTO SUR

Especialidad : FISIOTERAPIA

PROCEDIMIENTO

Código Pro.	Procedimiento	Cod. Dx.	Nombre Dx.	Fecha Dx.

RESUMEN Y COMENTARIOS

12/04/2021

Se realiza llamado telefónico a usuario con diagnostico medico de TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA , se indaga sobre el estado de salud, posteriormente se informa que se esta realizando la llamada desde la IPS con el fin de realizar una teleconsulta, se realiza solicitud de su autorización a lo cual el responde de forma positiva , se realiza encuesta acerca de signos y síntomas covid-19 y nexo epidemiológico (Es un paciente confirmado por covid-19 o con alta sospecha clínica (no), Fiebre (mayor a 38º) en los últimos 5 días (no), Tos frecuente en los últimos 5 días (no), Dificultad respiratoria (no), Dolor de garganta (odinofagia) (no), Dolor de cuerpo/ sensación de ahogo (fatiga y adinamia) (no) Síntomas gastrointestinales (no) A estado en contacto con alguien portador de covid-19 en los últimos 14 días (no), Ha estado en zona de riesgo de covid-19 los últimos 14 días (no), Ocupación como trabajador de salud –atención de pacientes con IRA –IRAG-COVID CONFIRMADO (no), se realiza teleconsulta en la cual se explica la combinación de ejercicios ejercicio ejercicio de de flexion de meimrbo superior e inferior en prono, ejercicio de flexion de cabeza y de miembro inferior , ejercicio de inclinación lateral de tronco en bipedo series de 10 repeticiones , se finaliza teleconsulta.

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

HISTORIA CLINICA PROCEDIMIENTOS // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : SILVANA ERASO RODRIGUEZ Registro: 1085308910 Fecha : 13/04/2021 13:12 Sede : PASTO SUR

Especialidad : FISIOTERAPIA

PROCEDIMIENTO

Código Pro.	Procedimiento	Cod. Dx.	Nombre Dx.	Fecha Dx.

RESUMEN Y COMENTARIOS

13/04/2021

Se realiza llamado telefónico a usuario con diagnostico medico de TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA , se indaga sobre el estado de salud, posteriormente se informa que se esta realizando la llamada desde la IPS con el fin de realizar una teleconsulta, se realiza solicitud de su autorización a lo cual el responde de forma positiva , se realiza encuesta acerca de signos y síntomas covid-19 y nexo epidemiológico (Es un paciente confirmado por covid-19 o con alta sospecha clínica (no), Fiebre (mayor a 38º) en los últimos 5 días (no), Tos frecuente en los últimos 5 días (no), Dificultad respiratoria (no), Dolor de garganta (odinofagia) (no), Dolor de cuerpo/ sensación de ahogo (fatiga y adinamia) (no) Síntomas gastrointestinales (no) A estado en contacto con alguien portador de covid-19 en los últimos 14 días (no), Ha estado en zona de riesgo de covid-19 los últimos 14 días (no), Ocupación como trabajador de salud –atención de pacientes con IRA –IRAG-COVID CONFIRMADO (no), se realiza teleconsulta en la cual se explica la combinación de ejercicios ejercicio ejercicio de de flexion de meimrbo superior e inferior en prono, ejercicio de flexion de cabeza y de miembro inferior , ejercicio de inclinación lateral de tronco en bipedo series de 10 repeticiones , se finaliza teleconsulta.

FIN IMPRESION DE PAGINA

Sede: PASTO SUR

ATENCION DE CONSULTA MEDICA DE OTROS PROFESIONALES

ATENCION OTROS PROFESIONALES (FISIOTERAPIA) - #Interno:6086006209 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : SILVANA ERASO RODRIGUEZ Registro: 1085308910 Fecha : 06/04/2021 12:56 Sede : PASTO SUR

Especialidad : FISIOTERAPIA

Motivo de Consulta: **Usuario de género masculino de 43 años de edad quien ingresa al consultorio de fisioterapia por sus propios medios con diagnostico medico de LUMBAGO NO ESPECIFICADO usuario refiere " me duele la espalda"**

Enfermedad Actual:

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

SIGNOS VITALES

T.A: Pulso: F.R: Temperatura: Peso: **Kg** Talla: Indice de Masa:

Circunferencia Abdominal (Cms): **Negativo**

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**
Finalidad Consulta: **No Aplica**
Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

Usuario de género masculino de 43 años de edad quien ingresa al consultorio de fisioterapia por sus propios medios con diagnostico medico de LUMBAGO NO ESPECIFICADO con radiografia que presenta vertebra trasncisional lumbar baja se diligencia consentimiento informado explicándole los riesgos y consecuencias en el procedimiento a realizar. se realiza encuesta acerca de signos y síntomas covid-19 y nexo epidemiológico (Es un paciente confirmado por covid-19 o con alta sospecha clínica (no), Fiebre (mayor a 38º) en los últimos 5 días (no), Tos frecuente en los últimos 5 días (no), Dificultad respiratoria (no), Dolor de garganta (odinofagia) (no), Dolor de cuerpo/ sensación de ahogo (fatiga y adinamia) (no) Síntomas gastrointestinales (no) A estado en contacto con alguien portador de covid-19 en los últimos 14 días (no), Ha estado en zona de riesgo de covid-19 los últimos 14 días (no), Ocupación como trabajador de salud –atención de pacientes con IRA –IRAG-COVID CONFIRMADO (no), En la valoración fisioterapéutica presenta dolor localizado en (zona lumbar) calificándolo en 8/10 según la escala análoga del dolor, con irradiacion hacia (zona glutea derecha) que se incrementa a la palpación, movilización y disminuye con el reposo, presenta inflamación, edema, no presenta parestesias, sensibilidad superficial: táctil: (presente), térmico: (presente), estimulo doloroso: (presente), sensibilidad profunda: Discriminación de dos puntos en espalda: (presente) valoración postural, en bípedo en plano posterior Cabeza (rectilinea) Hombro(protuidos) escápula (abducidas) Cadera (anteversion) no hay presencia de escoliosis, presencia de puntos gatillo en zona (lumbar), tensión muscular en (zona lumbar) Movilidad activa hacia la flexión, extensión e inclinación lateral de tronco con dificultad por el dolor. Evaluación de pruebas semiológicas: Test de Schober (1cm), Test de Lasegue (negativo), Prueba de la distancia dedos-suelo (II). Fuerza muscular a nivel lumbar: con calificación de 2/5 según escala de Daniels para paravertebrales lumbares: iliocostal lumbar y espinal torácico, reto anterior, oblicuo interno, oblicuo externo (derecho y/o izquierdo) .Se le dan a conocer las siguientes indicaciones y recomendaciones:Aplicar hielo por entre 5 y 7 minutos, aplicar paños de agua (fría, tibia y/o caliente) con sulfato de magnesio. Mantener una adecuada postura al realizar cualquier actividad. Evitar movimientos bruscos o cambios de postura rápidamente. Evitar posturas prolongadas. Evitar el sobrepeso, Realizar pausas activas durante una actividad prolongada, Duerma en una posición correcta, con caderas y rodillas un poco dobladas para mantener las curvaturas de la columna. Al agacharse, doble sus rodillas y haga la fuerza con las piernas manteniendo su espalda recta .Continúe los ejercicios en casa, evitando estrés y tensión muscular.Continúe los ejercicios en casa, evitando estrés y tensión muscular. El plan de tratamiento consiste en: Disminuir dolor e inflamación, tensión muscular, puntos gatillo, Recuperar arcos de movilidad articular, Fortalecer musculatura afectada, disminuir retracciones musculares, mejorar control postural. Usuario tolera procedimiento sin complicaciones.

FIN IMPRESION DE PAGINA

De: DIEGO LOPEZ <diegolopezylopez@outlook.com>
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2023 10:14 a. m.
Para: servicioalcliente@allianz.co
Asunto: INFORMACIONDE TRAMITE ITP.

Chachagüí-Nariño, 20 de febrero del 2023.

Señores.
ALLIANZ.
servicioalcliente@allianz.co
E. S. D.

DIEGO ANDRES LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO con c.c. 984.299.323 de chachagui-Nariño, por medio del presente escrito digo a su compañía aseguradora que acudiré de manera particular a la junta regional de mi departamento para que se califique mi estado de invalidez, con el fin de afectar la póliza de vida que tengo con ustedes y para esto aportare mi historia clínica completa, la cual también adjunto en este correo de datos.

Att:
DIEGO ANDRES LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO.
c.c. 984.299.323 de chachagui-Nariño.

Envio papeles para que se me pague la poliza que tengo con ustedes.

DL

DIEGO LOPEZ<diegolopezylopez@outlook.com>

Para: servicioalcliente@allianz.co

Lun 27/03/2023 9:52

DICTAMEN DE INVALIDEZ N°...
3 MB

HISTORIA CLINICA LOPEZ Y L...
11 MB

2 archivos adjuntos (14 MB) Guardar todo en OneDrive - G HERRERA ABOGADOS Y ASOCIADOS SAS Descargar todo

Para que por favor me paguen la póliza porque estoy enfermo les envío mi historia clínica y dictamen de invalidez.

Att. DIEGO LOPEZ Y LOPEZ.
C.C. 98.429.932.

Responder Reenviar

Outlook

DERECHO DE PETICIÓN || HISTORIA CLÍNICA DEL SEÑOR DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ - CC: 98.429.932 || MFJ-C

Desde Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>
Fecha Mar 03/12/2024 12:52
Para secretaria.general@nuevaeps.com.co <secretaria.general@nuevaeps.com.co>
CCO Maria Fernanda Jimenez Piarpusan <mjimenez@gha.com.co>; Maria Camila Agudelo Ortiz <mcagudelo@gha.com.co>

3 archivos adjuntos (21 MB)

DERECHO PETICIÓN NUEVA EPS - DIEGO LOPEZ Y LOPEZ - ALLIANZ VIDA.pdf; DDA ANEXOS DIEGO LOPEZ.pdf; CERTIFICADO Y ESCRITURA ALLIANZ VIDA (1)_compressed (1).pdf;

Señores
NUEVA E.P.S.
secretaria.general@nuevaeps.com.co
Carrera 85K No. 46A-66 Bogotá D.C.
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADO: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO: 520013103002-2024-00240-00

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860027404 -1, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 15 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente formular la petición que se adjunta.

Adjunto:

- Derecho de petición
- Anexos

POR FAVOR CONFIRMAR RECIBIDO

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.
T. P. No. 39.116 del C.S. J.

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

Señores

NUEVA E.P.S.

secretaria.general@nuevaeps.com.co

Carrera 85K No. 46A-66 Bogotá D.C.

E. S. D.

REFERENCIA:	VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE:	DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADO:	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO:	520013103002-**2024-00240**-00

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860027404 -1, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 15 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

I. PETICIÓN

Comedidamente solicito se remita a la dirección del suscrito y/o a la del **Juzgado Segundo (02°) Civil del Circuito de Pasto**, el original, o en su defecto una copia legible de la Historia Clínica del señor DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ GUERRERO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 98.429.932, correspondiente al periodo que va desde su primea atención en dicha EPS hasta el año 2021, lo anterior de acuerdo a que fueron ustedes los encargados de la atención medico asistencial del demandante, durante los años referidos.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- Artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.
- Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso

En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

> *"**Artículo 96. Contestación de la Demanda**. La contestación de la demanda contendrá:*
> *(…)*
> *4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente."*

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el de *"abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir".* Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

De otra parte, en cuanto a los términos con que cuenta el Accionante para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

> *"**Artículo 14**. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.*
> *(…)*
> *1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes."*

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se formula, debe ser remitido al suscrito y/o al **Juzgado Segundo (02°) Civil del Circuito de Pasto** al correo electrónico: j02ccpas@cendoj.ramajudicial.gov.co , en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados.

III. ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali.
2. Poder general otorgado al suscrito por parte de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a través de la Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo del 2004, de la Notaria veintinueve del círculo de Bogotá.
3. Demanda verbal de responsabilidad civil contractual.
4. Auto que admite la demanda.

IV. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

Outlook

RV: DERECHO DE PETICIÓN || HISTORIA CLÍNICA DEL SEÑOR DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ - CC: 98.429.932 || MFJ-C

Desde Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>
Fecha Mar 03/12/2024 12:52
Para sandra moreno <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>
CCO Maria Fernanda Jimenez Piarpusan <mjimenez@gha.com.co>; Maria Camila Agudelo Ortiz <mcagudelo@gha.com.co>

3 archivos adjuntos (21 MB)

DERECHO PETICIÓN MEDIMAS EPS - DIEGO LOPEZ - ALLIANZ VIDA.pdf; DDA ANEXOS DIEGO LOPEZ.pdf; CERTIFICADO Y ESCRITURA ALLIANZ VIDA (1)_compressed (1).pdf;

Señores
MEDIMAS EPS S.A.S.
notificacionesjudiciales@medimas.com.co
Av Cra 45 # 93 - 95 Piso 5
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADO: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO: 520013103002-2024-00240-00

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860027404 -1, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 15 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la petición adjunta.

Adjunto:

- Derecho de petición
- Anexos

POR FAVOR CONFIRMAR RECIBIDO

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.
T. P. No. 39.116 del C.S. J.

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

---

De: Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>
Enviado: martes, 3 de diciembre de 2024 12:23
Para: sandra moreno <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>
Asunto: DERECHO DE PETICIÓN || HISTORIA CLÍNICA DEL SEÑOR DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ - CC: 98.429.932 || MFJ-C

Señores
MEDIMAS EPS S.A.S.
notificacionesjudiciales@medimas.com.co
Av Cra 45 # 93 - 95 Piso 5
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADO: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO: 520013103002-2024-00240-00

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860027404 -1, como consta en el certificado de existencia y representación legal

expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 15 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la petición adjunta.

Adjunto:

- Derecho de petición
- Anexos

POR FAVOR CONFIRMAR RECIBIDO

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.
T. P. No. 39.116 del C.S. J.

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

Señores

MEDIMAS EPS S.A.S.

notificacionesjudiciales@medimas.com.co

Av Cra 45 # 93 - 95 Piso 5

E. S. D.

REFERENCIA:	VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE:	DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADO:	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO:	520013103002-**2024-00240**-00

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860027404 -1, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 15 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

I. PETICIÓN

Comedidamente solicito se remita a la dirección del suscrito y/o a la del **Juzgado Segundo (02°) Civil del Circuito de Pasto**, el original, o en su defecto una copia legible de la Historia Clínica del señor DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ GUERRERO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 98.429.932, correspondiente al periodo que va desde su primea atención en dicha EPS hasta el año 2019, lo anterior de acuerdo a que fueron ustedes los encargados de la atención medico asistencial del demandante, durante los años referidos.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- Artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.
- Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso

En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

> *"**Artículo 96. Contestación de la Demanda**. La contestación de la demanda contendrá:*
> *(…)*
> *4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente."*

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el de *"abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir".* Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

De otra parte, en cuanto a los términos con que cuenta el Accionante para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

> *"**Artículo 14**. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.*
> *(…)*
> *1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes."*

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se formula, debe ser remitido al suscrito y/o al **Juzgado Segundo (02°) Civil del Circuito de Pasto** al correo electrónico: j02ccpas@cendoj.ramajudicial.gov.co , en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados.

III. ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali.
2. Poder general otorgado al suscrito por parte de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a través de la Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo del 2004, de la Notaria veintinueve del círculo de Bogotá.
3. Demanda verbal de responsabilidad civil contractual.
4. Auto que admite la demanda.

IV. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

Outlook

DERECHO DE PETICIÓN || DICTAMEN DE PERDIDA DE CAPALIDAD LABORAL COMPLETO DEL SEÑOR DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ - CC: 98.429.932 || MFJ-C

Desde Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>
Fecha Vie 17/01/2025 15:04
Para jnotificacionesnarino@gmail.com <jnotificacionesnarino@gmail.com>; juntaregionalrecursosnarino@gmail.com <juntaregionalrecursosnarino@gmail.com>; juntaregionalnarino.2018@gmail.com <juntaregionalnarino.2018@gmail.com>
CCO Maria Camila Agudelo Ortiz <mcagudelo@gha.com.co>; Maria Fernanda Jimenez Piarpusan <mjimenez@gha.com.co>

3 archivos adjuntos (21 MB)

PETICIÓN JUNTA REGIONAL NARIÑO - DIEGO LOPEZ.pdf; DDA ANEXOS DIEGO LOPEZ (1).pdf; CERTIFICADO Y ESCRITURA ALLIANZ VIDA (1)_compressed (1) (2).pdf;

Señores
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO
jnotificacionesnarino@gmail.com
juntaregionalrecursosnarino@gmail.com
juntaregionalnarino.2018@gmail.com
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADO: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO: 520013103002-2024-00240-00

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860027404 -1, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 15 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

POR FAVOR ACUSAR RECIBIDO

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. No. 39.116 del C.S. del C.S. de la J

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

Señores

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO

jnotificacionesnarino@gmail.com

juntaregionalrecursosnarino@gmail.com

juntaregionalnarino.2018@gmail.com

E. S. D.

REFERENCIA:	VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE:	DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADO:	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO:	520013103002-**2024-00240**-00

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860027404 -1, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y con el lleno de los requisitos del Artículo 15 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

I. PETICIÓN

Comedidamente solicito se remita a la dirección del suscrito y/o a la del **Juzgado Segundo (02°) Civil del Circuito de Pasto**, el original, o en su defecto una copia legible de las historias clínicas, exámenes médicos, valoraciones y en sí, todos los documentos aportados y solicitados por el señor DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ GUERRERO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 98.429.932, los cuales fueron base para elaborar y emitir el Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 10202300094 de fecha 04 de maro de 2023. Lo anterior de acuerdo a que fueron ustedes los encargados de la atención medico asistencial del demandante, durante los años referidos.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- Artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.
- Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso

En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

> *"**Artículo 96. Contestación de la Demanda**. La contestación de la demanda contendrá:*
> *(…)*
> *4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente."*

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el de *"abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir".* Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

De otra parte, en cuanto a los términos con que cuenta el Accionante para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

> *"**Artículo 14**. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.*
> *(…)*
> *1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes."*

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se formula, debe ser remitido al suscrito y/o al **Juzgado Segundo (02°) Civil del Circuito de Pasto**

al correo electrónico: j02ccpas@cendoj.ramajudicial.gov.co , en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados.

III. ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali.
2. Poder general otorgado al suscrito por parte de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a través de la Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo del 2004, de la Notaria veintinueve del círculo de Bogotá.
3. Demanda verbal de responsabilidad civil contractual.
4. Auto que admite la demanda.

IV. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.