

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PARTE II
MERCADO INTERMEDIADO

TÍTULO IV
INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS A LAS OPERACIONES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS,
CAPITALIZACIÓN E INTERMEDIARIOS DE SEGUROS

CAPÍTULO II: DISPOSICIONES ESPECIALES APLICABLES A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS Y
REASEGURADORAS

CONTENIDO

1. REGLAS GENERALES SOBRE LA OPERACIÓN DE SEGUROS

- 1.1. Autorización de ramos de seguros
- 1.2. Pólizas y tarifas
- 1.3. Negocios en coaseguro
- 1.4. Comisiones para el intermediario de seguros
- 1.5. Financiación de primas
- 1.6. Retención de riesgos, cesión y aceptación de reaseguros
- 1.7. Prácticas inseguras en la contratación de seguros
- 1.8. Criterios y elementos mínimos de las notas técnicas
- 1.9. Devolución de primas

2. ASPECTOS FINANCIEROS DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

- 2.1. Régimen patrimonial
- 2.2. Reglas sobre el régimen de reservas técnicas y su inversión

3. REGLAS PARTICULARES APLICABLES A CIERTOS RAMOS

- 3.1. Reglas aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT)
- 3.2. Reglas aplicables al seguro previsional de invalidez y sobrevivientes
- 3.3. Reglas aplicables al ramo de seguro de pensiones Ley 100
- 3.4. Reglas aplicables al seguro de riesgos laborales
- 3.5. Reglas aplicables al seguro de enfermedades de alto costo
- 3.6. Reglas aplicables a los seguros de vida
- 3.7. Reglas especiales aplicables al ramo de pensiones con conmutación pensional
- 3.8. Tablas de riesgos de vejez, invalidez y sobrevivencia
- 3.9. Reglas aplicables al ramo de cumplimiento
- 3.10. Reglas especiales aplicables al ramo de seguro de rentas voluntarias
- 3.11. Reglas aplicables al Seguro de Beneficios Económicos Periódicos –BEPS
- 3.12. Reglas aplicables a la póliza de seriedad de la candidatura
- 3.13. Reglas aplicables al seguro de terremoto

4. REGLAS RELATIVAS A OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

- 4.1. Emisión de planes alternativos de pensiones
- 4.2. Administración de fondos de voluntarios de pensión

5. SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ENCARGO FIDUCIARIO DE INVERSIÓN POR PARTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

6. REGLAS RELACIONADAS CON EL ROL DE LOS ACTUARIOS DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

- 6.1. Definiciones
- 6.2. Actuario Responsable
- 6.3. Requisitos para la certificación de suficiencia de las reservas técnicas

7. INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA IDONEIDAD DE PERSONAS NATURALES QUE EJERCEN LA INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS

- 7.1. Ámbito de aplicación
- 7.2. Acreditación de idoneidad
- 7.3. Responsabilidades de la junta directiva
- 7.4. Documentación

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PARTE II
MERCADO INTERMEDIADO

TÍTULO IV
INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS A LAS OPERACIONES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS,
CAPITALIZACIÓN E INTERMEDIARIOS DE SEGUROS

CAPÍTULO II: DISPOSICIONES ESPECIALES APLICABLES A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS Y
REASEGURADORAS

1. REGLAS GENERALES SOBRE LA OPERACIÓN DE SEGUROS

1.1. Regímenes de autorización de ramos de seguros

Corresponde a la SFC autorizar los ramos de seguros que ofrezcan las entidades aseguradoras. Este proceso de autorización se sujetará al régimen de autorización general o individual, de acuerdo con las disposiciones contenidas en el presente numeral.

Las entidades aseguradoras podrán surtir el trámite de autorización a través de cualquiera de los dos regímenes, de acuerdo con las reglas que se indican a continuación en los subnumerales 1.1.1. y 1.1.2 del presente Capítulo.

No resulta necesaria la aprobación de un nuevo ramo para el ofrecimiento de productos respecto de los cuales se cumplan los requisitos establecidos en esta circular, que comprendan diversidad de amparos susceptibles de ser explotados bajo los ramos ya autorizados a la entidad. En tales eventos, las primas, siniestros y demás gastos e ingresos que se deriven de dichos amparos se deben clasificar bajo el ramo o ramos a los cuales correspondan los amparos respectivos. No obstante, cuando quiera que mediante la expedición de tales amparos la entidad alcance una producción de un ramo no autorizado que se pueda considerar como significativa, debe solicitar la correspondiente autorización, sin la cual la entidad no puede continuar expidiendo tales amparos. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido en el subnumeral 3.3.1 del presente Capítulo.

Para los efectos del inciso anterior, se considera que la expedición de amparos es “significativa” cuando quiera que la producción de la cobertura adicional que el monto de la producción de una cobertura adicional supere el 15% de la producción obtenida por las demás coberturas de las pólizas comprendidas en el ramo autorizado.

Los ramos bajo los cuales se pueden operar los diversos productos son los siguientes:

Ramo	Código
Automóviles	03
SOAT	04
Cumplimiento	05
Responsabilidad Civil	06
Incendio	07
Terremoto	08
Sustracción	09
Transporte	10
Corriente Débil	11
Todo Riesgo Contratista	12
Manejo	13
Lucro Cesante	14
Montaje y Rotura de Maquinaria	15
Aviación	16
Navegación y Casco	17
Minas y Petróleos	18
Vidrios	19
Crédito Comercial	20
Crédito a la Exportación	21
Agropecuario	22
Desempleo	24
Hogar	25
Decenal	26
Exequias	30
Accidentes Personales	31
Colectivo Vida	32
Educativo	33
Vida Grupo	34
Salud	35
Enfermedades de Alto Costo	36
Vida Individual	37
Previsional de Invalidez y Supervivencia	38
Riesgos Laborales	39
Pensiones Ley 100	40
Pensiones Voluntarias	41
Pensiones con Conmutación Pensional	42
Rentas Voluntarias	43
BEPS	44

1.1.1. Régimen de autorización general

1.1.1.1. Condiciones: Se entienden autorizados de manera general los ramos de seguros que pretendan comercializar las entidades aseguradoras, siempre y cuando cumplan las siguientes condiciones:

1.1.1.1.1. Que los ramos a autorizar no estén relacionados con el Sistema General de Seguridad Social y BEPS, con excepción del SOAT.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.1.1.1.2. Que la entidad aseguradora tenga más de 1 año de experiencia, contado desde la fecha de solicitud de autorización del nuevo ramo, o que sus accionistas controlantes, directamente o a nivel de grupo, cuenten con dicha experiencia.

1.1.1.1.3. Que la entidad aseguradora o sus administradores en el año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud de autorización del nuevo ramo no haya sido objeto de sanciones impuestas por la SFC, por cualquier infracción relacionada con el incumplimiento de deberes legales relativos a la gestión de riesgos.

1.1.1.1.4. Que la entidad aseguradora no haya sido objeto de la adopción de medidas u órdenes relacionadas con programas de recuperación, saneamiento o adecuación de capital, planes de ajuste por insuficiencia de reservas técnicas o programas de reaseguro o cualquier instituto de salvamento, en los 3 años inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de autorización del nuevo ramo.

1.1.1.1.5. Que la entidad aseguradora no haya sido objeto de la medida de suspensión de ramos.

1.1.1.2. Trámite de autorización general: Para adelantar el trámite de autorización general la entidad aseguradora debe remitir a la SFC la nota técnica del ramo que pretende comercializar junto con el clausulado de los productos del ramo objeto de la solicitud. Lo anterior debe ir acompañado de una certificación suscrita por el representante legal en la que manifieste:

1.1.1.2.1. Que las pólizas y notas técnicas que se pretendan comercializar bajo el ramo a autorizar cumplen los requisitos legales establecidos en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 2555 de 2010, en la CBJ y en las normas especiales que les sean aplicables.

1.1.1.2.2. Que las pólizas y notas técnicas que se pretendan comercializar bajo el ramo a autorizar no incluyan estipulaciones contrarias al régimen de protección al consumidor financiero contenido en las Leyes 1328 de 2009, 1793 de 2016, 1836 de 2017, la CBJ y demás normas que las modifiquen, sustituyan o adicionen.

1.1.1.2.3. Que la entidad aseguradora cuenta con políticas, procedimientos y controles idóneos para la verificación de las condiciones establecidas en los subnumerales 1.1.1.2.1. y 1.1.1.2.2. del presente Capítulo, en todos los productos que se comercialicen con posterioridad a la autorización del ramo.

1.1.1.2.4. Que la junta directiva de la entidad aseguradora autorizó la utilización este régimen para el respectivo ramo. Esta decisión deberá constar en el acta de junta directiva en la que se aprobó la apertura del ramo.

En todo caso, la SFC podrá establecer la aplicabilidad del régimen de autorización individual, cuando en el ejercicio de supervisión se identifiquen situaciones que lo ameriten.

La SFC podrá ordenar la suspensión y/o revocatoria, en cualquier momento, de los ramos de seguros que no se ajusten a los presupuestos establecidos en el presente régimen sin perjuicio de las sanciones administrativas a que haya lugar. En estos casos, las entidades aseguradoras no podrán acceder al trámite de autorización general para la autorización de nuevos ramos por un término de 3 años contados a partir de la referida suspensión y/o cancelación.

1.1.2. Régimen de autorización individual

Se someterán al régimen de autorización individual las entidades que no cumplan con las condiciones para acceder al régimen de autorización general señaladas en el numeral 1.1.1.1. del presente Capítulo.

En todo caso, el trámite de solicitud de cancelación de los ramos continuará sujeto al régimen de autorización individual.

1.1.3. Notas técnicas soporte de la autorización

Para efectos de la comercialización de los ramos a que se refiere este subnumeral debe mantenerse a disposición de la SFC la nota técnica que sustente la tarifa inicial. Dicha nota técnica, además de cumplir con los requisitos señalados en las instrucciones expedidas por esta Superintendencia, debe sustentar la tasa pura de riesgo, expresar de manera específica, los porcentajes por concepto de gastos de administración, comisión de intermediación y utilidad esperada por la aseguradora. Cuando el porcentaje de retención de riesgo resulte inferior o igual al 20%, el componente de tasa pura de riesgo de la nota técnica puede ser aquel que establezca el reasegurador, **de acuerdo con las instrucciones que se señalan en el siguiente subnumeral.** Cuando tal porcentaje sea mayor, dicho componente debe ser sustentado por la entidad aseguradora, **de acuerdo con lo previsto en el subnumeral 1.8 del presente Capítulo. En todo caso, la nota técnica del producto debe ser modificada conforme se ajusten los contratos de reaseguro que la sustentan. Sin perjuicio de lo anterior, las pólizas que hayan sido emitidas con anterioridad al cambio en el programa de reaseguro bajo una nota técnica previa no deben ser modificadas.**

Tratándose de ramos que generen reserva matemática, las modificaciones que se introduzcan a la nota técnica con posterioridad a la aprobación del ramo, se deben remitir a esta entidad junto con sus anexos, en forma previa a su utilización, en la forma señalada en la nota 2 del subnumeral 1.2.3.1 del presente Capítulo, sin que se entienda que las notas técnicas o sus anexos hagan parte del registro público a que hace referencia dicho numeral. Lo anterior debe entenderse sin perjuicio de lo dispuesto en el subnumeral 3.3.1. del presente Capítulo, además del cumplimiento de los requisitos señalados en las instrucciones expedidas por la SFC.

1.1.3.1 Requisitos mínimos para la definición de la tasa pura de riesgo a partir de la tarifa del reasegurador

En los casos en que la tasa pura de riesgo sea establecida por el reasegurador, las entidades aseguradoras deben enviar a los reaseguradores, como mínimo, la siguiente información y mantenerla a disposición de la SFC:

- i. La descripción y cuantificación del mercado que la entidad aseguradora pretende atender con los productos incluidos en la solicitud de autorización.
- ii. El clausulado y la documentación soporte del producto a comercializar por parte de la entidad aseguradora.
- iii. La información adicional que requiera el reasegurador en el proceso de tarificación.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.2. Pólizas y tarifas

Corresponde a la SFC, la aprobación previa de pólizas y tarifas sólo cuando se trata de la autorización inicial a una entidad aseguradora o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

En cualquier caso, las pólizas y las tarifas deben cumplir en todo momento con los requisitos que se indican a continuación:

1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros

Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el numeral 2 del [artículo 184 del EOSF](#) las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:

1.2.1.1. En la carátula

1.2.1.1.1. Las condiciones particulares previstas en el [artículo 1047 del C.Cio.Código de Comercio](#)

1.2.1.1.2. En caracteres destacados o resaltados, es decir, que se distingan del resto del texto de la impresión, el contenido del inciso 1 del [artículo 1068 del C.Cio.Código de Comercio](#) Para el caso de los seguros de vida, el contenido del [artículo 1152 del mismo ordenamiento legal](#).

1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)

Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y, en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral.

1.2.1.3. Otras condiciones de la póliza

Además de las condiciones ya señaladas, se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

1.2.1.3.1. De conformidad con el numeral 1 del [artículo 184 del EOSF](#), el texto no debe incluir alusión alguna que indique que la póliza ha sido aprobada por la SFC.

1.2.1.3.2. No se deben estipular sanciones distintas a las señaladas en el [artículo 1058 del C.Cio](#) como consecuencia de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo.

1.2.1.3.3. No se debe calificar la reclamación como una obligación del asegurado en desarrollo del contrato, ni señalar términos específicos para su formulación, toda vez que ésta corresponde a la facultad que puede ejercer el asegurado o beneficiario de hacer efectivo su derecho para lo cual sólo encuentra limitación en el tiempo, en los términos de prescripción señalados por el [artículo 1081 del C.Cio.Código de Comercio](#) Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad contemple en la póliza la necesidad de efectuar la reclamación como un mecanismo para que el asegurado ejercite su derecho.

1.2.1.3.4. En relación con la cláusula compromisoria que se estipula en algunas pólizas, la misma debe regirse por lo dispuesto en [la Ley 1563 de 2012](#)~~el Decreto 1818 de 1998~~ y las disposiciones concordantes.

1.2.1.3.5. Con respecto al término para efectuar el pago de la indemnización, éste debe fijarse en 1 mes contado a partir de ~~la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite su derecho~~ [la presentación de la reclamación](#) y no en 30 días, de conformidad con lo establecido en los ~~artículos~~ [arts 21 de la Ley 35 de 1993 y 1080 del C.Cio.Código de Comercio](#)

1.2.1.3.6. Conforme con los términos del [artículo 1075 del Código de Comercio](#) el aviso de siniestro no requiere formalidad ~~escrita. En consecuencia, al exigir dicha formalidad para las notificaciones que se efectúan en desarrollo del contrato es preciso consignar claramente la salvedad de que trata la norma precitada.~~

1.2.1.3.7. Respecto del seguro de responsabilidad civil, el [artículo 1133 del C.CioCódigo de Comercio](#) señala las condiciones necesarias para acceder al pago de la indemnización, no siendo viable la inclusión de requisitos adicionales.

1.2.1.3.8. En la estructuración de los amparos de responsabilidad civil debe tenerse en cuenta lo establecido en el [artículo 1127 C.CioCódigo de Comercio](#), ~~el cual indica que se trata de un seguro a favor de terceros y erige en beneficiario del mismo a la víctima.~~

1.2.1.3.9. En los anexos es requisito indispensable la incorporación de la identificación precisa de la póliza a la cual acceden, al tenor del [artículo 1049 del C.Cio.Código de Comercio](#)

1.2.2. Requisitos generales de las tarifas

En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten las tarifas deben observarse los principios a que se refiere el numeral 3 del [artículo 184 del EOSF](#), así:

1.2.2.1. Equidad: La prima y el riesgo deben presentar una correlación positiva, de acuerdo con las condiciones objetivas del riesgo.

1.2.2.2. Suficiencia: La tarifa debe cubrir razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los costos de adquisición y los administrativos, así como las utilidades.

1.2.2.3. Homogeneidad: Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo. Además, deben escogerse cumpliendo supuestos de aleatoriedad e independencia.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.2.2.4. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significación razonable y cubra un período adecuado, de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error.

1.2.2.5. Riesgos especiales o novedosos: En términos del literal c. numeral 3 del [artículo](#) 184 del EOSF, solamente tratándose de riesgos especiales o de carácter novedoso respecto de los cuales no resulte viable obtener la información necesaria para efectuar el estudio estadístico pertinente, puede prescindirse de sustentar la tarifa con las exigencias enunciadas. En tales eventos, resulta necesario acreditar el respaldo de un reasegurador de reconocida solvencia técnica y financiera, el cual debe definir la tasa pura de riesgo siendo responsabilidad de la entidad aseguradora señalar el factor de gastos.

1.2.3. Remisión de pólizas y tarifas a la SFC

1.2.3.1. Depósito de pólizas y anexos

Las entidades aseguradoras deben depositar en la SFC el modelo de póliza y anexos del ramo o ramos que explota, pues lo consignado en tales documentos se deben tener como condiciones del contrato en los casos en que no aparezca que hayan sido expresamente acordadas, según lo establece el parágrafo del [artículo](#) 1047 del [Código de Comercio](#). Esta disposición debe interpretarse armónicamente con lo dispuesto en el numeral 1 del [artículo](#) 184 del EOSF según el cual los modelos de las pólizas y tarifas deben ponerse a disposición de la SFC antes de su utilización, en la forma y con la antelación que determine con carácter general.

Las entidades aseguradoras deben depositar todos los modelos de la póliza, los anexos y notas técnicas correspondientes vigentes de forma simultánea, previamente a la fecha prevista para iniciar su utilización, indicando expresamente que se envían para efectos del cumplimiento del deber de depósito. Igualmente se deben radicar las modificaciones a las pólizas, notas técnicas y anexos existentes que hayan sido previamente autorizados y depositados. Cuando se trate de modificaciones parciales se debe enviar un ejemplar completo del respectivo documento. Las entidades aseguradoras no podrán comercializar pólizas que no se encuentren depositadas a través del SIRI.

La SFC lleva el depósito de los modelos de las pólizas y anexos que se remiten en cumplimiento a dicho deber legal, los cuales, además de estar a disposición del público en general en los términos del [artículo](#) 24 y siguientes del CPACA, obran para los efectos dispuestos en el [artículo](#) 1047 [Código de Comercio](#). La SFC ordena de manera sistematizada las pólizas y anexos por entidad y ramo y en orden cronológico. Se entiende que el modelo vigente es el último depositado en orden cronológico. Para tal efecto, la SFC cuenta con mecanismos adecuados de atención en línea para la consulta de los modelos y anexos por parte del público en general mediante la página web, así como para la consulta cuando se den los presupuestos indicados en el mencionado [artículo](#) 1047 del [Código de Comercio](#).

El acto de enviar los modelos de las pólizas y demás documentos en sí mismo no supone un pronunciamiento de la SFC sobre la legalidad de los mismos y se lleva exclusivamente para efectos del depósito y del [artículo](#) 1047 del [Código de Comercio](#).

Lo anterior, se debe entender sin perjuicio de la facultad que tiene el ente de control de verificar en cualquier momento las pólizas y tarifas de conformidad con el literal j. numeral 3 del [artículo](#) 326 del EOSF, función que se lleva a cabo en los términos indicados en el siguiente numeral y sin perjuicio del deber que tiene la SFC de autorizar las pólizas y tarifas en los eventos en que se trate de la autorización inicial a una entidad aseguradora o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

Los textos de las pólizas y documentos anexos deben remitirse a la SFC accediendo a la página web mediante [Trámites - SIRI](#) [Trámites en línea y Remisión de información - Trámites SIRI](#), consignando los datos obligatorios en el formulario habilitado para tal fin y adjuntando las respectivas proformas únicamente en formato PDF; de conformidad con lo señalado en la nota 2 de este subnumeral. Se debe registrar en la parte inferior de cada página del documento el código del clausulado de acuerdo con los siguientes criterios:

Campo	1	2	3	4	5	6
Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Formato	10 dígitos dd/mm/aaaa	4 dígitos	1 carácter	2 dígitos	16 caracteres	4 caracteres

Campo 1: Indicación de la fecha a partir de la cual se utiliza el documento respectivo (día/mes/año). Tratándose de pólizas enviadas para efectos de la autorización de un ramo, se entiende que la fecha a partir de la cual se utiliza el documento corresponde a la del acto administrativo mediante el cual se imparte la respectiva autorización.

Campo 2: Código con el cual se identifica el tipo de entidad vigilada por la SFC, dependiendo de si se trata de entidades de seguros generales (13), de vida (14), o cooperativa (15) y el individual asignado a la entidad en la SFC.

Campo 3:
P - Si corresponde a una póliza
A - Si corresponde a un amparo adicional o anexo

Campo 4: Corresponde al código del ramo de acuerdo con lo previsto en el subnumeral 1.1 del presente Capítulo.

Los anexos que se utilicen en varios ramos deben codificarse con el número 0.

Campo 5: identificación de acuerdo con la codificación propia de la aseguradora.

Los campos deben estar separados entre sí por un guion (-).

Campo 6: Deben incluir los canales a través de los cuales se comercialice la póliza. El campo debe estar diligenciado con la letra, en caso de que se comercialice a través de dicho medio, o con un 0 en el evento en que no se comercialice a través del mismo, conservando siempre los 4 caracteres. Para cada medio se debe marcar:

- D - Venta directa de la entidad aseguradora
- R - Contratos de uso de red
- C - Corresponsales
- I - Intermediarios de seguros

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NOTA 1: En la parte inferior de cada página del documento también debe registrarse el código de la nota técnica correspondiente, de acuerdo con lo definido en el subnumeral 1.8.1.2 del presente Capítulo.

NOTA 2: Remisión de información mediante SIRI y contenido de los archivos: El envío de los modelos de las pólizas, anexos, notas técnicas y demás documentos del producto debe hacerse únicamente mediante SIRI eligiendo el código del trámite “360 Pólizas y Tarifas” o “422 Modificación a Notas Técnicas” ~~de conformidad con las instrucciones complementarias establecidas en la “Guía Casillero Virtual Formato A-GU-GDC-004, Versión 2”.~~

La radicación de los modelos de pólizas y notas técnicas debe realizarse simultáneamente mediante la clasificación específica al ramo al cual pertenece el producto y debe diligenciarse el formulario en los campos obligatorios. Los códigos registrados en el formulario deben coincidir con los registrados en los documentos adjuntos. La actualización o modificación de un producto debe radicarse teniendo en cuenta el producto inicialmente radicado, con el fin de mantener la trazabilidad de las modificaciones realizadas a cada producto.

Los documentos que deben adjuntarse en los campos respectivos son los siguientes:

1.2.3.1.1. Comunicación mediante la cual la aseguradora señale que remite el modelo de póliza y anexos en cumplimiento del deber legal de depósito, o una nota técnica, que cumpla con los requisitos para el manejo de la correspondencia dirigida a la SFC.

1.2.3.1.2. Póliza, anexo o amparo adicional, según sea el caso, identificados de acuerdo con lo previsto para el Campo 3.

1.2.3.1.3. Carátula en la cual se debe indicar la proforma de la póliza a la cual corresponde.

1.2.3.1.4. Formato de solicitud de seguro, cuando corresponda.

1.2.3.1.5. Formato de certificado individual de seguro, cuando corresponda.

1.2.3.1.6. Formato de declaración de asegurabilidad, cuando corresponda.

1.2.3.1.7. Nota técnica correspondiente

1.2.3.1.8. Se debe también anexar digitalmente mediante una hoja de cálculo en Excel, la aplicación detallada de la formulación expuesta en la Nota Técnica para el cálculo de las primas de riesgo, comercial, reservas, valores garantizados y participación de utilidades, así como cualquier otro desarrollo mostrado en la nota técnica. Asimismo, se debe registrar en la parte inferior de cada página del documento el código del clausulado, de acuerdo con los criterios señalados en el presente numeral.

Los documentos referidos en los subnumerales 1.2.3.1.7 y- 1.2.3.1.8 no hacen parte del registro público.

NOTA 3. Depósito Público de Pólizas del portal web de la SFC

El Depósito Público de Pólizas disponible en el portal web de la SFC contendrá las pólizas y anexos remitidos por las entidades aseguradoras; y del registro de la información histórica efectuado por cada entidad, el cual permitirá al público consultar en línea las pólizas y anexos depositados.

Las notas técnicas son objeto de confidencialidad, por lo cual no serán publicadas.

1.2.3.2. Evaluación de pólizas

Corresponde a la SFC evaluar que las pólizas y tarifas que deban poner las entidades aseguradoras a disposición de esta Entidad cumplan con los requisitos jurídicos y técnicos previstos en la ley. Con tal fin, en cualquier momento –incluso en las visitas de supervisión in-situ- puede formular las observaciones a las pólizas depositadas para que se adecuen a lo prescrito en la normatividad.

En los eventos en que se efectúen modificaciones a los modelos de las pólizas ya sea por orden de la SFC o por iniciativa de la entidad aseguradora, se debe remitir un nuevo ejemplar a fin de que éste repose en el depósito, indicando claramente la variación introducida y dejando expresa constancia en el sentido de que el producto no ha sido objeto de modificaciones adicionales a las enunciadas.

En todo caso, cuando se efectúen modificaciones a los modelos de pólizas depositados por observaciones de la SFC, las pólizas emitidas con anterioridad a dichas observaciones no se verán afectadas.

1.2.3.3. Evaluación de tarifas

Para efectos de la verificación permanente de los requisitos jurídicos y técnicos de las tarifas, las entidades aseguradoras deben mantenerlas a disposición de la SFC, clasificadas por ramos, junto con los elementos documentales y soportes estadísticos correspondientes, salvo cuando deban remitirse por tratarse de la autorización o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

En caso de que la tarifa haya sido sustentada a partir de la tasa definida por el reasegurador, las entidades aseguradoras deben mantener a disposición de la SFC los soportes del envío de información a los reaseguradores para efectos de lo dispuesto en el subnumeral 1.8.3.2 del presente Capítulo, así como de la información adicional intercambiada en el proceso de definición de las condiciones del contrato de reaseguro. Dicha información debe comprender, como mínimo, lo siguiente: (i) la descripción y cuantificación del mercado que la entidad aseguradora pretende atender con el producto, salvo en el caso de riesgos especiales o de carácter novedoso; (ii) el clausulado y la documentación soporte del producto a comercializar por parte de la entidad aseguradora; y (iii) la información adicional que solicite el reasegurador en el proceso de tarificación. Adicionalmente, las entidades aseguradoras deben mantener el soporte documental de la tasa definida por el reasegurador, sus eventuales ajustes, así como los acuerdos en relación con los recargos, descuentos aplicables a la tasa y los límites de estos, según sea el caso.

Para efectos de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el ~~literal a- del art. artículo~~ 2.31.4. 31.26 del Decreto 2555 de 2010, cuando las entidades aseguradoras de vida envíen los productos de seguros con reserva matemática que van a comercializar, deben remitir las notas técnicas de los mismos, especificando el nombre comercial del producto al cual acceden, las bases técnicas y los factores de reserva, de acuerdo con lo dispuesto en el subnumeral 1.8 del presente Capítulo. Tratándose de seguros de vida de ahorro con participación resulta necesario informar la manera como se estructurará el fondo que se

establece en el ~~art. literal b) del artículo 2.31.4.3.2. artículo 6, literal b. del Decreto 839 de 1991~~ y las reglas para su funcionamiento

1.2.4. Incumplimiento de exigencias legales

El incumplimiento de cualquiera de los requisitos legales antes señalados es causal para que la SFC prohíba la utilización de la póliza o tarifa correspondiente hasta tanto se acredite el cumplimiento del requisito respectivo o, incluso, pueda suspenderse el certificado de autorización de la entidad cuando tales deficiencias resulten sistemáticas. Ello sin perjuicio de las sanciones legales procedentes.

1.3. Negocios en coaseguro

Para una adecuada gestión de los riesgos propios, los negocios que las entidades aseguradoras lleven en coaseguro deben acogerse al siguiente procedimiento

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.3.1. Aspectos generales

El registro contable de las operaciones de coaseguro debe respaldarse en las copias de las pólizas, anexos y certificados expedidos por la aseguradora líder para tal efecto, los cuales constituyen la prueba de dicho asiento.

El pago de comisiones, impuesto a las ventas y retención en la fuente, cuando a ello hubiere lugar, constituyen obligaciones a cargo de la entidad aseguradora líder. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que le asiste a la aseguradora líder de cobrarle a las coaseguradoras aceptantes la parte que les corresponda asumir de las comisiones pagadas.

1.3.2. Expedición

Una vez acordadas las condiciones técnicas, financieras y administrativas del negocio, la entidad que actúa como líder debe expedir los respectivos documentos, pólizas, certificados y anexos, y remitir copia de los mismos a las aceptantes del coaseguro dentro de los 5 días hábiles siguientes a tal expedición.

Las coaseguradoras disponen de un plazo de 5 días hábiles contados desde la fecha de la recepción para pronunciarse sobre los documentos recibidos a fin de devolverlos firmados, objetarlos o solicitar su modificación.

Una vez aceptados y firmados los documentos por las coaseguradoras, la líder dispone de un plazo de 5 días hábiles para entregar a las mismas, las respectivas pólizas, certificados y anexos debidamente formalizados.

1.3.3. Remesa

La aseguradora líder debe elaborar un informe mensual (remesa) que registre la totalidad de negocios en coaseguro a su cargo, de acuerdo con la estructura y remitirlo a cada coasegurador a más tardar el día 20 del mes siguiente o día hábil siguiente, junto con el pago neto, si hay lugar a éste, suscrito por una persona autorizada para el efecto.

La remesa debe tener la siguiente estructura:

1.3.3.1. Informe uno - Informe general: Es el informe general de la remesa, el cual debe incluir los totales de los siguientes rubros: primas pagadas, primas financiadas, salvamentos, otros ingresos, comisiones, gastos de administración, otros egresos, siniestros y valor neto de la remesa.

El valor registrado en otros ingresos y otros egresos debe estar debidamente soportado, es decir, se requiere especificar cada una de las partidas que lo conforman y anexar los documentos pertinentes.

1.3.3.2. Informe dos - Primas recaudadas y comisiones: Comprende una relación detallada de primas y comisiones, la cual debe contener la siguiente información: sucursal, tomador, ramo, póliza, prima pagada, clase de pago (determinando si es total o abono), porcentaje de comisión, valor de la comisión e intermediario, certificado, porcentaje y valor de los gastos de administración. En el caso de recaudos en otras monedas se debe especificar la tasa de cambio del día en que tomador pagó la prima.

1.3.3.3. Informe tres - Siniestros Incurridos: Es un compendio detallado de los siniestros pagados, salvamentos, recobros, reintegros y reservas de siniestros pendientes, el cual debe contener la siguiente información: sucursal, asegurado, ramo, póliza, certificado afectado, número de reclamo de la aseguradora líder, fecha del siniestro, amparos afectados, porcentaje de participación líder, porcentaje de participación coaseguro, valor de la reserva periodo anterior, ajustes de reserva mes actual, número de orden de pago o recibo de caja, valor pagado siniestro, valor pagado gastos siniestro, salvamentos, recobros, reintegros y reserva fin del periodo, entendiéndose que estos valores son los que correspondan al coasegurador aceptante. Para los ramos de autos y vida se requiere incluir en este informe el número de identificación correspondiente.

1.3.3.4. Informe cuatro - Listados de primas emitidas: Debe contener la siguiente información: Sucursal, tomador, ramo, póliza, certificado, periodo de vigencia, participación, primas, intermediario, porcentaje de participación intermediario, valor asegurado, el porcentaje y valor de los gastos de administración, el porcentaje y valor de la comisión.

1.3.3.5. Informe cinco - Listado de primas anuladas: Debe incluir la siguiente información: sucursal, tomador, ramo, póliza, certificado y valor.

1.3.3.6. Informe seis - Listado de primas pendientes: Debe contener la siguiente información: sucursal, tomador, ramo, póliza, certificado, periodo de vigencia, participación, primas, abonos y saldos.

Los códigos asignados a las entidades aseguradoras para el diligenciamiento de estos informes es el señalado por la SFC mediante el subsistema de trámites.

Para los ramos de seguros se deben utilizar los códigos establecidos en el subnumeral 1.1 del presente Capítulo.

1.3.4. Indemnizaciones

La entidad aseguradora líder debe atender en un plazo máximo de 5 días hábiles el requerimiento de envío de soportes de siniestros a las demás entidades aseguradoras, cuando estos lo ameriten.

1.4. Comisiones para el intermediario de seguros

La expedición de un seguro en moneda extranjera no implica una operación de cambio respecto de la comisión que eventualmente se genere a favor del intermediario de seguros. Por tal motivo, no resulta procedente que dichas comisiones se paguen en moneda extranjera.

1.5. Financiación de primas

1.5.1. Requisitos

Las entidades aseguradoras pueden financiar el pago de las primas de los contratos de seguros que expiden, con sujeción a las siguientes condiciones:

1.5.1.1. La financiación no puede exceder el 70% del valor total de la prima a cargo del tomador, ni de los límites individuales previstos para efectos de cupos individuales de crédito de que trata el artículo 2.1.2.1.1 y siguientes del Decreto 2555 de 2010, y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

1.5.1.2. El plazo máximo de la financiación no puede ser superior al período de vigencia del seguro y, en todo caso, no debe exceder de 1 año contado desde la expedición de la póliza.

1.5.1.3. El importe de la parte no financiada de la prima, debe ser cubierto por el tomador a más tardar dentro del mes siguiente, contado a partir de la entrega de la póliza, certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, según el caso.

1.5.1.4. Los recursos con los cuales se financie el pago de primas deben provenir del patrimonio y demás fondos que no correspondan a las reservas técnicas.

Para que el valor de las primas a financiar se pueda entender como recaudado para todos los efectos, la obligación debe ser incorporada en pagarés o cualquier otro título valor de contenido crediticio emitido por el tomador a la orden del asegurador, excepto cuando se trate del fraccionamiento de la prima, cuyos términos deben consignarse en la póliza.

Cuando la prima haya sido cancelada mediante el sistema de financiación aquí señalado, tales créditos están sujetos a lo señalado en las instrucciones sobre gestión de riesgo crediticio.

1.5.2. Constitución de provisiones

Deben ser objeto de provisión, según las normas legales vigentes, las primas de seguros no recaudadas en el lapso previsto para su pago o no financiadas en los términos y condiciones anteriores.

Lo dispuesto en materia de provisiones no es aplicable a los contratos de seguros cuyas primas deban ser cubiertas por la Nación o garantizadas por ésta, siempre y cuando exista la apropiación presupuestal respectiva y la certificación expedida por la auditoría.

1.5.3. Aplicación

Los mecanismos de financiación previstos en el presente numeral no pueden ser aplicados a las primas correspondientes a los contratos de seguros cuya forma de pago a través de esta modalidad no fue previamente pactada.

1.6. Retención de riesgos, cesión y aceptación de reaseguros

1.6.1. Programa de reaseguro

El programa de reaseguro es la estrategia integral con base en la cual las entidades aseguradoras transfieren a reaseguradoras una porción de los riesgos asumidos en virtud de contratos de seguro. Para efectos de las instrucciones establecidas respecto del programa de reaseguro y la contabilización de las reservas técnicas, se entiende como reaseguradora cualquier entidad nacional o extranjera que desarrolle operaciones de reaseguro.

Las entidades aseguradoras deben contar con un esquema de contratación de reaseguros que fije criterios y procedimientos para la selección de sus contrapartes, teniendo en cuenta la capacidad de éstas para asumir las obligaciones derivadas de dichos contratos. El esquema de contratación de reaseguros de la entidad y sus respectivas políticas deben estar a disposición de la SFC, la cual podrá solicitar ajustes a los mismos.

1.6.2. Responsabilidades de la junta directiva de las entidades aseguradoras.

La junta directiva de las entidades aseguradoras debe:

1.6.2.1. Definir aprobar y hacer seguimiento a las políticas de retención de riesgos y el esquema de contratación de reaseguros de la entidad, el cual debe contener como mínimo:

1.6.2.1.1. Los lineamientos de diversificación de las reaseguradoras consideradas dentro del programa de reaseguro.

1.6.2.1.2. Las calificaciones de fortaleza financiera de las reaseguradoras que admitirá la entidad aseguradora, vigentes a la fecha de celebración del contrato de reaseguro.

1.6.2.1.3. Las variables que serán requeridas por la entidad aseguradora para evaluar la fortaleza financiera de la reaseguradora, tales como rendimientos de inversiones, nivel y acceso a capital, fuentes y nivel de liquidez y su participación en el total de inversiones, evolución del patrimonio, relaciones de solvencia, nivel de reservas técnicas y su composición (reservas de primas, reservas de siniestros y otras).

1.6.2.1.4. La lista de reaseguradoras, seleccionadas bajo criterios técnicos, a las cuales se les debe solicitar las calificaciones internacionales de fortaleza financiera de sus retrocesionarios, así como aquellas reaseguradoras a las cuales se les debe ejecutar un procedimiento determinado por la entidad aseguradora para la verificación de su adecuada gestión de los riesgos. Dentro de los criterios técnicos considerados debe incluirse la participación de cada reaseguradora en la transferencia total de riesgos por ramo y la calificación de fortaleza financiera de la reaseguradora.

1.6.2.1.5. Las demás características que la entidad aseguradora considere relevantes en función de su tamaño, apetito al riesgo y naturaleza, tales como el comportamiento anual de las primas brutas y netas, la siniestralidad, el registro histórico de pago de reclamaciones respecto de tiempos de pago y objeciones de siniestros, los gastos operacionales, criterios para la contratación mediante intermediarios de reaseguros y el comportamiento esperado de reclamaciones.

1.6.2.2. Aprobar la metodología de cuantificación de las contingencias a cargo de las reaseguradoras, empleada en la contabilización de las reservas técnicas.

1.6.2.3. Aprobar el procedimiento de seguimiento para aquellos casos en que, pese a la terminación del contrato de reaseguro, no se han extinguido por completo todas las obligaciones a cargo de la reaseguradora.

1.6.2.4. Conocer y hacer seguimiento al valor máximo de exposición por riesgo después de haberse deducido las coberturas del programa de reaseguro.

1.6.3. Condiciones para la operación

La cesión de reaseguros de las entidades aseguradoras nacionales debe efectuarse en condiciones que garanticen la seguridad de cada entidad. En tal virtud, la determinación de las condiciones particulares de los contratos relativas a plazos, tasas y comisiones deben responder a principios que garanticen adecuadas capacidades de contratación y una nómina de reaseguradores de reconocida solidez y solvencia.

1.6.4. Condiciones de los contratos

1.6.4.1. Reglas generales

Los contratos de reaseguro y las notas de cobertura suscritos por los representantes legales de las entidades aseguradoras cedentes y los apoderados de los reaseguradores, se mantendrán a disposición de la SFC, en las propias entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Cuando las entidades aseguradoras y reaseguradoras registren las operaciones de reaseguro que realizan, deben especificar con precisión las condiciones de cada uno de los riesgos cedidos y aceptados y, la fecha de formalización de cada operación. Salvo pacto en contrario, el pago de las obligaciones derivadas de los contratos de reaseguro automático proporcional debe efectuarse dentro de los 90 días corrientes a la fecha de cierre trimestral.

Las entidades aseguradoras al aceptar notas de cobertura suscritas por corredoras de reaseguros deben verificar que las mismas cuenten con autorización expresa para ello por parte del reasegurador.

No obstante, previo al inicio de la vigencia del contrato de reaseguro, la entidad aseguradora debe contar cuando menos con la confirmación por cualquier medio de la cobertura por parte del reasegurador. La formalización de este respaldo se debe realizar dentro del mes siguiente a la iniciación de la vigencia del respectivo acuerdo.

1.6.4.2. Reglas particulares aplicables al ramo de riesgos laborales

1.6.4.2.1. En la contratación de las coberturas de reaseguro de que trata el artículo 2.31.4.6.1 del Decreto 2555 de 2010, las entidades aseguradoras que explotan el ramo de riesgos laborales deben aplicar los siguientes parámetros:

Las entidades aseguradoras deben determinar aquellos eventos de baja frecuencia y alta severidad que pueden dar lugar a siniestros catastróficos y atípicos, según corresponda a las coberturas del seguro. Las entidades aseguradoras deben contemplar como mínimo los eventos de terrorismo, incendio, pandemias, explosiones por accidentes industriales, terremoto, así como aquellos eventos a los cuales se encuentre expuesta, según la composición de su cartera. Las entidades aseguradoras deben considerar como mínimo los siguientes criterios para la selección de los demás eventos: i) ubicación geográfica de los afiliados; ii) las características de distribución de los afiliados entre las diferentes clases de riesgo y actividades económicas, iii) ingreso base de cotización de los afiliados y iv) hora de ocurrencia del siniestro.

Las entidades aseguradoras deben modelar los diferentes eventos identificados para la determinación de las condiciones de los contratos de reaseguro tales como: i) la definición de evento catastrófico y atípico, ii) los elementos mínimos de contratación incluyendo la capacidad, prioridad, reinstalamentos, capas, límites por evento y iii) límites por afiliado en un evento. En caso que en los contratos de reaseguro se pacten exclusiones frente a prestaciones o eventos que están amparados bajo el contrato de seguro, la entidad aseguradora debe modelar y cuantificar la pérdida esperada por esas prestaciones o eventos excluidos. La entidad aseguradora debe documentar el sustento técnico empleado para establecer las definiciones de evento catastrófico y siniestro atípico.

Las entidades aseguradoras deben hacer seguimiento a la capacidad de los contratos de reaseguro y contar con recursos disponibles para reinstalar su capacidad, según su apetito de riesgo y políticas de reaseguro adoptadas.

1.6.4.2.1.1. En la modelación de los diferentes eventos se deben emplear como mínimo las siguientes variables, siempre que resulten aplicables y la entidad aseguradora disponga de información sobre las mismas:

- a. Actividad económica de los afiliados.
- b. Ingreso base de cotización de los afiliados.
- c. Edad de los afiliados.
- d. Ubicación geográfica de los centros de trabajo.
- e. Número promedio de empleados que permanezcan en el centro de trabajo durante la mayor parte de su jornada laboral.
- f. En la modelación de los eventos de terrorismo y terremoto deben incluirse las variables relevantes contenidas en [los formatos dispuestos por la SFC el Formato 506 \(Proforma F.3000-87\)](#), o el que resulten aplicables.
- g. Velocidad de propagación de la enfermedad.
- h. Tasa contagio de la enfermedad.
- i. Tasa de recuperación de los enfermos.
- j. Velocidad de recuperación de los enfermos.
- k. Periodo de incubación de los virus.
- l. Tasa de mortalidad y de invalidez, por enfermedad.

Las entidades aseguradoras que no cuenten con la información anteriormente descrita, deben realizar supuestos razonables con el objetivo de aproximarse a la realidad de la cartera. En el caso particular de las variables relevantes para el evento de pandemia, los supuestos deben estar basados en evidencia científica y ser validados por profesionales idóneos. Adicionalmente, estas entidades deben desarrollar planes para la recopilación de la información necesaria para efectuar la adecuada modelación.

1.6.4.2.1.2 Características de los modelos empleados

Los modelos y/o metodologías empleados por las entidades aseguradoras deben cumplir con las características de los literales del presente subnumeral. El Actuario Responsable debe verificar la consistencia de los datos, supuestos y modelos empleados en la contratación de reaseguro. Las entidades aseguradoras deben comunicar a la SFC los cambios en sus modelos dentro de los 10 días hábiles siguientes a la modificación. La comunicación explicará el alcance de la modificación en el modelo, sus implicaciones e impactos. En todo caso, los cambios en los modelos únicamente serán aplicables a partir del 1 de enero del año siguiente a la adopción de la modificación, salvo instrucción particular de la SFC.

La entidad aseguradora puede contar con la asesoría de terceros expertos para la modelación de los eventos, lo cual no supone una delegación de su responsabilidad.

Adicionalmente, los modelos y/o metodologías empleados deben:

- a. Permitir a la entidad aseguradora conocer la pérdida máxima probable de la cartera total para cada uno de los eventos. La pérdida máxima probable por evento y/o por riesgo, dependiendo del tipo de contrato de reaseguro, debe corresponder con un periodo de retorno de 200 años.
- b. Estar basados en métodos validados técnicamente con desarrollo tanto teórico como práctico y contemplar escenarios que reconozcan el riesgo asociado a las acumulaciones conocidas y las acumulaciones probables de la cartera de la entidad. Se entiende por acumulaciones conocidas, aquellas identificadas a partir de criterios tales como: concentración de los centros de trabajo de diferentes empresas afiliadas a una misma entidad aseguradora en una misma área geográfica y/o concentración de un volumen de asegurados de una misma empresa afiliada en una determinada ubicación geográfica de manera permanente. Se entiende por acumulaciones probables, aquellas acumulaciones de riesgos a las que puede enfrentarse la entidad aseguradora por una situación extraordinaria pero probable, tales como acumulaciones de afiliados de una misma empresa por eventos esporádicos que sean objeto de cobertura.
- c. Debe basarse en la experiencia de siniestros propia de la entidad aseguradora. La entidad debe emplear una base de datos con un historial de siniestros de al menos los últimos 10 años. Cuando la entidad disponga de más información debe emplearla. Las entidades aseguradoras que inicien la operación del ramo o que estén en el periodo requerido para acumular la experiencia de siniestros solicitada, deben basarse en la información histórica que han acumulado a la fecha de cálculo y los supuestos propios razonables. En todo caso, las entidades podrán incorporar supuestos propios razonables los cuales deben ser contruidos a partir de información del mercado colombiano, de otros mercados con características comparables, evidencia científica o el criterio médico experto, según corresponda. En estos supuestos deben asumirse cargos adicionales por incertidumbre. El modelo debe incorporar un parámetro o variable que reconozca los cambios en la composición de la cartera a la fecha de cálculo.
- d. Contemplar escenarios de estrés en los cuales se exacerben las indemnizaciones de cada una de las prestaciones económicas y/o asistenciales, así como un incremento generalizado en los costos de los insumos médicos y similares. Entre otros, deben contemplarse escenarios en los cuales la materialización del riesgo llevaría a la entidad a asumir un número y/o monto atípico de indemnizaciones por prestaciones asistenciales que culminen en pensiones de invalidez, así como escenarios en los cuales la entidad asume un alto volumen de indemnizaciones por prestaciones asistenciales pero que culminan en pensiones de sobrevivencia o prestaciones asistenciales para siniestros crónicos y/o vitalicios.

1.6.4.2.1.3. Las condiciones de los contratos de reaseguro deben tener correspondencia con el apetito de riesgo establecido por la junta directiva contenido en la política de retención de riesgos de la entidad aseguradora de que trata el subnumeral 1.6.2.1 del presente Capítulo, garantizando que se cumpla en todo momento con la normatividad vigente.

1.6.4.2.1.4. Dentro de las condiciones particulares de los contratos de reaseguro deben incorporarse, entre otros:

- a. La definición de evento y el periodo de tiempo para determinar si los hechos ocurridos corresponden a un mismo evento.
- b. Las medidas que tomarán las partes del contrato de reaseguro por cambios en el perfil de la cartera durante la vigencia del contrato. Dentro de las posibles causales de cambios en la cartera, debe contemplarse la obligación de afiliación que tiene la entidad aseguradora, según corresponde a las disposiciones legales vigentes.
- c. Los tiempos máximos de reclamación o solicitud de reembolso a los reaseguradores participantes en el contrato de reaseguro. Los tiempos máximos deben basarse en el comportamiento histórico observado del aviso de reclamaciones de la entidad aseguradora, para lo cual se debe tomar como mínimo el tiempo promedio de aviso observado más una desviación estándar. Las entidades aseguradoras que inicien la operación del ramo podrán incorporar supuestos propios razonables los cuales deben ser contruidos a partir de información del mercado colombiano y de otros mercados con características comparables. En todo caso, las partes deben definir las medidas que tomarán al vencimiento del tiempo máximo de reclamación frente a los siniestros ocurridos no avisados y los siniestros en desarrollo.
- d. Reinstalamentos que correspondan con la probabilidad de afectación de las capas contratadas.
- e. Los demás ramos cubiertos por el mismo contrato de reaseguro. Cuando se suscriban contratos de reaseguro que amparen más de un ramo, la entidad aseguradora debe determinar la capacidad máxima del contrato que puede comprometer los siniestros de los ramos amparados distintos de riesgos laborales. En estos casos, las entidades aseguradoras deben modelar los eventos de los demás ramos cubiertos por el contrato de reaseguro. Los modelos empleados deben atender a lo dispuesto en el subnumeral 1.6.4.2.1.2 del presente capítulo. La entidad aseguradora debe evaluar la suficiencia del contrato de reaseguro y documentarla. En la evaluación de la suficiencia del contrato de reaseguro debe constar la metodología actuarial empleada. Dicha metodología debe estar basada en métodos validados técnicamente, con desarrollo tanto teórico como práctico y deberá atender a los criterios señalados en el subnumeral 1.6.4.2.1.2 del presente capítulo, siempre que dichos criterios permitan realizar estimaciones actuariales y estadísticamente razonables. En la documentación que tengan las entidades aseguradoras a disposición de la SFC debe evidenciarse una valoración de escenarios que permita acreditar la suficiencia del contrato de reaseguro en los siguientes casos: i) si ocurren múltiples eventos y consumen parte de la capacidad o ii) si un mismo evento afecta a los diferentes ramos objeto de cobertura del contrato de reaseguro.

1.6.4.2.2 Obligación de documentación y conservación de información por parte de las entidades aseguradoras

La documentación e información que conozcan, recopilen, utilicen y generen las entidades aseguradoras en el proceso de contratación de las coberturas de reaseguro, junto con sus modificaciones, debe ser conservada durante el plazo dispuesto en el artículo 96 del EOSF, mediante cualquier medio que asegure su integridad y mantenerse a disposición de la SFC. Este deber aplica sin perjuicio de las demás disposiciones relacionadas con la documentación y conservación de la información.

1.6.5. Control de cesiones y aceptaciones de reaseguros facultativos

Las entidades aseguradoras deben adoptar mecanismos de control secuencial de las cesiones y aceptaciones de reaseguro facultativo que permitan a las partes contar con elementos que brinden certeza sobre los convenios. La SFC debe evaluar el contenido y calidad de tales mecanismos en desarrollo de la supervisión que adelante a las entidades.

1.6.6. Prácticas inseguras

Se consideran como prácticas inseguras y no autorizadas, las siguientes conductas:

1.6.6.1. La expedición de pólizas de seguro respecto de las cuales la sociedad no haya logrado obtener, mediante el empleo de contratos de reaseguro, colocación en firme del respectivo riesgo, en aquellos eventos en los que la entidad requiera del reaseguro.

1.6.6.2. La cesión o aceptación de riesgos en reaseguro facultativo, por funcionarios distintos de aquellos autorizados para tal efecto, con prescindencia de los mecanismos de control secuencial a que alude el subnumeral 1.6.5 del presente Capítulo, sin perjuicio de las facultades propias del representante legal o de la delegación expresa que éste haga para un negocio específico.

1.6.6.3. La celebración de contratos de reaseguro en los que no se verifique una transferencia real del riesgo.

La inobservancia de la presente disposición acarrea la imposición de las sanciones previstas en el EOSF y la suspensión del registro de reaseguradores del exterior REACOEEX.

1.6.7. Reporte de Información

Las entidades aseguradoras deben remitir a esta Superintendencia de manera mensual y en la fecha prevista para la transmisión de los estados financieros intermedios y de fin de ejercicio, la información relacionada con las primas cedidas por reasegurador y tipo de contrato, así como las primas aceptadas por cedente y tipo de contrato, para lo cual deben diligenciar las [siguientes](#) proformas [definidas por la SFC para estos efectos](#):

[F3000-82-Primas aceptadas en reaseguro](#)
[F3000-83-Primas cedidas en reaseguro](#)
[F3000-84-Reaseguradores y aseguradoras cedentes del exterior no listados](#)

Las entidades aseguradoras deben remitir el último día del mes en que se presente la novedad, la estructura de los contratos automáticos proporcionales y no proporcionales y la nómina de reaseguradores, para lo cual deben diligenciar las [siguientes](#) proformas [definidas por la SFC para estos efectos](#):

[F3000-79 Estructura de contratos de reaseguros automáticos proporcionales](#)
[F3000-80 Estructura de contratos de reaseguros automáticos no proporcionales](#)
[F3000-81 Nómina de reaseguros –contratos de reaseguros proporcionales y no proporcionales-](#)

Las entidades aseguradoras deben remitir a esta Superintendencia de manera trimestral y en la fecha prevista para la transmisión de los estados financieros intermedios y de fin de ejercicio, la información relacionada con los saldos de reaseguro, [en la proforma F3000-86](#) saldos cuenta corriente y reserva para siniestros parte reaseguradores [en las proformas correspondientes definidas por la SFC](#).

1.7. Prácticas inseguras en la contratación de seguros

Se consideran como prácticas inseguras y no autorizadas, las siguientes conductas:

1.7.1. Expedir notas de cobertura que no identifiquen los textos de los amparos con los códigos dispuestos en este Capítulo.

1.7.2. Utilizar códigos de formas que no hayan sido enviadas previamente a la SFC.

1.7.3. Proveer al asegurado de información inexacta respecto del contenido del texto referenciado y enviado a la SFC.

1.7.4. Utilizar en las notas de cobertura proformas de entidades diferentes a las que expiden el documento.

1.7.5. Usar notas de cobertura para pólizas no depositadas o cuyo texto no se incorpore en la misma nota de cobertura o en sus anexos.

1.7.6. La participación en consorcios o uniones temporales cuando quiera que la entidad no cuenta con autorización para la operación de alguno de los ramos involucrados

1.8. Criterios y elementos mínimos de las notas técnicas

La nota técnica es el documento que describe y sustenta las metodologías utilizadas para el cálculo de las primas y/o reservas de las entidades aseguradoras. Para tal efecto, se considera necesario identificar los principios y elementos que deben ser considerados en la elaboración de las mismas, estableciendo características comunes para la sustentación de tarifas, conservando el rigor en la descripción de metodologías, hipótesis, información utilizada, entre otros.

La nota técnica debe presentar de manera clara la información, supuestos y métodos utilizados en la tarificación, de tal forma que un actuario pueda evaluar su validez. Adicionalmente, la información, hojas de cálculo y cualquier otra documentación relevante en la tarificación deben mantenerse por un periodo no inferior a 10 años, contados desde la fecha de presentación de la nota, y ponerse a disposición del supervisor en caso que éste la requiera.

Terminología y notación: La nota técnica debe ajustarse a la notación actuarial reconocida internacionalmente. Si se requiere terminología o notación matemática, estadística, financiera o actuarial adicional, debe ser explícitamente definida.

Principios: Los estudios técnicos y estadísticos en que se sustenten los resultados de la nota técnica deben observar los principios de equidad, suficiencia, homogeneidad y representatividad en los términos del numeral 3 del [artículo](#) 184 del EOSF. De igual forma, en los casos de riesgos especiales se podrá aplicar lo dispuesto en el literal c., numeral 3 del [artículo](#) 184 del EOSF.

Alcance: Toda solicitud de autorización de una nueva aseguradora o ramo, así como la remisión de un nuevo producto y/o amparo adicional, o sus modificaciones, deben estar acompañadas de su respectiva nota técnica.

Es deber de la aseguradora mantener actualizadas sus notas técnicas y tarifas, así como la remisión oportuna de dichas actualizaciones a esta Superintendencia. [En caso de presentarse una migración de cartera de una entidad aseguradora a otra, la entidad que reciba dicha cartera deberá referenciar en su nota técnica inicial la nota técnica bajo la cual expidieron las pólizas que recibe.](#)

La nota técnica debe contener los aspectos que se señalan a continuación:

1.8.1 Identificación de la nota técnica

1.8.1.1. Nombre de la entidad.

1.8.1.2. Código de la nota técnica: La nota técnica debe enviarse [impresa y por](#) medio digital, registrando en la parte inferior de cada página del documento el código de la nota técnica de acuerdo con los siguientes criterios:

Campo	1	2	3	4	5
Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la Nota Técnica
Formato	8 dígitos dd/mm/aaaa	4 dígitos	4 caracteres	2 dígitos	16 caracteres

Campo 1: Fecha a partir de la cual se utiliza el documento respectivo (día/mes/año). Tratándose de notas técnicas enviadas para efectos de la autorización de un ramo, se entiende que la fecha a partir de la cual se utiliza el documento corresponde a la del acto administrativo mediante el cual se imparte la respectiva autorización.

Campo 2: Código con el cual se identifica el tipo de entidad vigilada por la SFC, dependiendo de si se trata de aseguradoras de seguros generales (13), de vida (14), o cooperativa (15) y el individual asignado a la entidad en la SFC.

Campo 3: Debe indicarse:

NT-P si corresponde a la nota técnica de un producto.
NT-A si corresponde a la nota técnica de un amparo adicional o anexo.

Campo 4: Corresponde al código del ramo de acuerdo con lo previsto en el subnumeral 1.1. del presente Capítulo. Las notas técnicas que se utilicen en varios ramos deben codificarse con el número correspondiente al ramo principal.

Campo 5: Identificación de acuerdo con la codificación propia de la aseguradora.

Los campos deben estar separados entre sí por un guión (-).

1.8.1.3. Identificación del producto y/o amparos adicionales: Indicar el nombre del producto y/o amparos adicionales a los que aplica.

1.8.1.4. Fecha de elaboración de la nota técnica: Se debe indicar la fecha de elaboración y/o actualización de la nota técnica.

1.8.2. Descripción del producto

Se debe realizar una enumeración y descripción clara del amparo básico con los amparos o coberturas adicionales ofrecidos, así como el mercado objetivo al cual va dirigido, de tal forma que guarde correspondencia con lo establecido en el clausulado, indicando las características de los mismos e incluyendo el bien o bienes que se cubren y los beneficios o indemnizaciones. En cuanto sean aplicables debe contener, entre otros, elementos como los siguientes:

1.8.2.1. Temporalidad: Indicando la temporalidad de cada uno de los amparos.

1.8.2.2. Modalidad del seguro: Si es individual, colectivo, o de cualquier otra modalidad.

1.8.2.3. Valor asegurado: Se debe realizar una clara definición de la forma en que se establece el valor asegurado de cada uno de los amparos. En caso de requerirse, los elementos que lo conforman y/o la metodología de cálculo y actualización.

1.8.2.4. Moneda: Se debe indicar la moneda o índice en que se denomina la cobertura.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.8.2.5. Medidas de control: Se deben señalar los criterios definidos por la aseguradora para la suscripción y las medidas adoptadas para el control del riesgo, tales como límites para la edad de ingreso y edad de permanencia, períodos de carencia, o cualquier otra medida de control.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.8.3. Bases técnicas

1.8.3.1. Hipótesis

Los supuestos que se utilicen en el proceso de tarificación deben estar consignados y sustentados en la nota técnica. En particular debe contener, en cuanto sean aplicables, elementos tales como:

1.8.3.1.1. Hipótesis demográficas: Se refiere a las tablas de mortalidad o de morbilidad que se utilizan, así como otros supuestos demográficos relevantes que sean considerados.

1.8.3.1.2. Hipótesis financieras y/o económicas: Se refiere a las tasas de interés técnico o la forma utilizada para considerar el valor del dinero en el tiempo, tasas de inflación, tasas de cambio, o índices financieros que se utilizan, así como otros supuestos financieros y/o económicos relevantes que sean considerados.

1.8.3.1.3. Otras Hipótesis: Se refiere a cualquier otro supuesto de importancia que se haya tenido en cuenta en la tarificación, como por ejemplo supuestos de frecuencia, severidad o índices de siniestralidad, entre otros.

En el evento en que se utilicen estudios o estadísticas para sustentar cualquiera de las variables o parámetros utilizados en la tarificación, se deben anexar en medio digital los datos consolidados indicando claramente la fuente de los mismos. En el evento en que se utilicen supuestos prescritos por ley, se debe indicar la normatividad que establece su uso.

1.8.3.2. Prima de Riesgo

La nota técnica debe consignar y sustentar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas y parámetros utilizados para establecer la tasa de riesgo y su respectiva prima. En cuanto aplique, se deben incluir elementos tales como:

1.8.3.2.1. Deducibles

1.8.3.2.2. Copagos

1.8.3.2.3. Límites

1.8.3.2.4. Recargos y/o descuentos basados en el riesgo

1.8.3.2.5. Factores de credibilidad

Cuando la tasa pura de riesgo sea establecida por el reasegurador, la nota técnica debe consignar el porcentaje de retención del reasegurador, la tasa que defina el reasegurador y los lineamientos técnicos a partir de los cuales se podrán aplicar tasas segmentadas, conforme a las características de los riesgos asegurados. La información de las tasas deberá indicar de manera expresa la temporalidad para la cual aplica. La tasa y los demás lineamientos técnicos aplicables deben estar en consonancia con el clausulado del contrato de reaseguro.

En adición, las entidades aseguradoras deben mantener a disposición de la SFC los soportes que señalen que el reasegurador: (i) cuenta con experiencia suscribiendo productos asimilables al que pertenece la nota técnica, salvo en el caso de riesgos especiales o de carácter novedoso; (ii) utilizó información cualitativa y/o estadística suficiente para la determinación de la tasa; y (iii) empleó metodologías actuariales y estadísticas reconocidas internacionalmente para la fijación de la tasa, sin perjuicio de incorporar variables cualitativas para el efecto.

1.8.3.3. Prima Comercial

La nota técnica debe consignar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas, y parámetros utilizados para establecer la tasa comercial y su respectiva prima. En cuanto aplique, se deben incluir elementos tales como:

1.8.3.3.1. Gastos y comisiones: Se deben expresar de manera específica los recargos por concepto de gastos esperados por la aseguradora, entre otros, gastos de adquisición, gastos de administración, comisiones de intermediación y la forma en que se aplican. Si estos factores varían, se debe indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran.

1.8.3.3.2. Riesgo y utilidad: Se debe incluir el margen por riesgo y/o utilidad esperada por la aseguradora y la forma en que se aplica. Si estos factores varían, se debe indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran.

1.8.3.3.3. Recargos y descuentos: Se deben informar los recargos y descuentos contemplados, señalando su metodología de cálculo.

1.8.3.4. Otros Aspectos

Debe consignarse cualquier otro concepto o procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la nota técnica sea necesario para la adecuada implementación del producto, tales como:

1.8.3.4.1. Extraprimas: Se deben consignar los procedimientos técnicos, actuariales y financieros utilizados para establecerlas.

1.8.3.4.2. Fraccionamiento de primas: En el evento en que se contemple el fraccionamiento de primas, se deben expresar y sustentar los recargos establecidos para cada opción de fraccionamiento y la metodología utilizada para el cálculo de la prima fraccionada.

1.8.3.4.3. Participación de utilidades: Se debe consignar la metodología con la que se calcula la participación de utilidades, en caso de aplicar.

1.8.3.4.4. Valores garantizados: Se debe detallar el cálculo y forma en que se otorgan valores garantizados, en caso de aplicar.

1.8.3.4.5. Fondos de ahorro: Se deben definir los conceptos por los que se generan los fondos de ahorro, su metodología de cálculo, así como la forma en que se administrarán.

1.8.3.4.6. Reaseguros: En el evento en que el producto sea objeto de reaseguro se debe informar la modalidad del mismo.

1.8.3.5. Reservas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En la nota técnica también se deben indicar las reservas que se constituirán. En los eventos en los cuales no se tenga como referencia la metodología definida en la normatividad vigente, se debe consignar en forma detallada la metodología para su cálculo.

1.8.4. Resultados

Se debe anexar ~~en hoja de cálculo en un medio digital~~, la aplicación detallada de la formulación expuesta en ~~la nota técnica~~el documento para el cálculo de las primas de riesgo, comercial, reservas, valores garantizados y participación de utilidades, así como cualquier otro desarrollo mostrado en la nota técnica.

1.8.5. Nombre y firma del actuario que elaboró la nota técnica.

1.9 Devolución de primas

Para la devolución del valor de la prima estipulada por circunstancias generalizadas de disminución del riesgo que se presenten de conformidad con el ~~artículo~~ 1065 del ~~Código de Comercio~~, las entidades aseguradoras deben establecer políticas y metodologías internas con el fin de: (i) identificar los productos respecto de los cuales exista una disminución del riesgo, (ii) cuantificar la disminución del riesgo y la reducción correspondiente de la prima, (iii) definir procedimientos idóneos para aplicar tales mecanismos y (iv) comunicar de forma amplia, los canales, productos y procedimientos para hacer efectiva la devolución en dinero. No obstante, la entidad podrá definir y ofrecer otros mecanismos distintos a la devolución en dinero, siempre que el tomador los acepte de manera expresa o tácita, por ejemplo: la extensión en la cobertura del seguro.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2. ASPECTOS FINANCIEROS LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

2.1. Régimen patrimonial

El presente numeral señala los criterios y parámetros que las entidades aseguradoras deben observar para el cumplimiento del régimen de patrimonio adecuado establecido en el Título 1 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010.

2.1.1. Patrimonio técnico

El Patrimonio Técnico (PT) se define como la suma del Patrimonio básico ordinario neto de deducciones (PBO), el Patrimonio Básico Adicional (PBA) y el Patrimonio Adicional (PA). Para el cálculo de cada componente deben tomarse en cuenta las instrucciones del presente subnumeral.

2.1.1.1. Clasificación de las acciones e instrumentos de deuda subordinada

En virtud del parágrafo 1 del artículo 2.31.1.2.1 del Decreto 2555 de 2010, la SFC definirá la pertenencia al PBO, PBA y PA, de las acciones y los instrumentos de deuda, según corresponda. Para el efecto, el emisor debe solicitar la clasificación de los instrumentos del patrimonio técnico de acuerdo con las instrucciones señaladas en el Anexo 14 del presente Capítulo. Aquellos títulos que ya fueron clasificados en alguna categoría no deben ser presentados de nuevo a esta Superintendencia.

Los instrumentos que la SFC no clasifique en el capital regulatorio no podrán hacer parte del PT de la entidad aseguradora.

Para el cumplimiento de los criterios y características que deben tener los instrumentos señalados en los artículos 2.31.1.2.2 a 2.31.1.2.4 del Decreto 2555 de 2010 para ser aprobados como capital regulatorio por parte de la SFC, debe tomarse en consideración que el criterio de pertenencia incluido como “No financiado por la entidad” en el artículo 2.31.1.2.1 del Decreto 2555 de 2010, se refiere como “vinculada” a cualquier participante que sea: a) el o los accionistas o beneficiarios reales del 5% o más de la participación accionaria en la entidad; b) las personas jurídicas en las cuales la entidad sea beneficiario real del 5% o más de la participación accionaria; o c) la matriz de la entidad y sus subordinadas.

Se entiende por beneficiario real para efectos de esta clasificación cualquier persona o grupo de personas que, directa o indirectamente, por sí misma o a través de interpuesta persona, por virtud de contrato, convenio o de cualquier otra manera, tenga respecto de una acción o de cualquier participación en una sociedad, la facultad o el poder de votar en la elección de directivos o representantes, o de dirigir, orientar y controlar dicho voto, así como la facultad o el poder de enajenar y ordenar la enajenación o gravamen de la acción o de la participación.

Conforman un mismo beneficiario real para efectos de esta clasificación los cónyuges o compañeros permanentes y los parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y único civil, salvo que se demuestre que actúan con intereses económicos independientes, circunstancia que podrá ser declarada mediante la gravedad de juramento ante la SFC con fines exclusivamente probatorios.

Para efectos de esta clasificación, una persona o grupo de personas se considera beneficiario real de una acción o participación si tiene derecho para hacerse a su propiedad con ocasión del ejercicio de un derecho proveniente de una garantía o de un pacto de recompra o de un negocio fiduciario o cualquier otro pacto que produzca efectos similares, salvo que los mismos no confieran derechos políticos.

2.1.1.2. Definiciones relevantes para el cálculo del PBO

Para efectos de la determinación del PBO, se entiende por inversión indirecta aquella inversión realizada por una entidad vigilada por la SFC (en adelante entidad principal) en una tercera entidad vigilada por la SFC o entidad financiera del exterior por medio de otra(s) entidad(es) o vehículo(s) (en adelante intermediario).

A continuación, se señala de manera ilustrativa y enunciativa, algunos ejemplos para determinar la inversión indirecta: a) Cuando el(los) intermediario(s) es(son) subordinado(s), controlado(s) o está(n) bajo administración de la entidad principal, la participación de ésta última en la tercera entidad corresponde a la participación del(los) intermediario(s) en dicha entidad; b) cuando el(los) intermediario(s) no es(son) subordinado(s), controlado(s) o no está(n) bajo administración de la entidad principal, la participación de ésta última en la tercera entidad corresponde al producto de las participaciones, es decir, la que tiene la entidad principal en el intermediario multiplicado por la participación de ésta en la tercera entidad; y c) cuando se realiza mediante la participación de varios intermediarios que son subordinados, controlados o están bajo administración de la entidad principal y aquellos que no son subordinados o controlados, la participación resulta de aplicar de forma conjunta a) y b).

2.1.2. Patrimonio adecuado

Las entidades aseguradoras deben mantener permanentemente y acreditar ante la SFC un patrimonio técnico equivalente como mínimo al nivel de patrimonio adecuado, atendiendo a las disposiciones del Capítulo 2 del Título 1 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010 y las instrucciones del presente subnumeral.

2.1.2.1. Riesgo de suscripción

Las entidades aseguradoras deben determinar el valor de la exposición a riesgo de suscripción de acuerdo con las instrucciones de los artículos 2.31.1.2.6 a 2.31.1.2.8 del Decreto 2555 de 2010.

2.1.2.1.1. Riesgo de suscripción en las entidades de seguros generales

Para dar cumplimiento a las instrucciones del parágrafo del artículo 2.31.1.2.6 del Decreto 2555 de 2010, respecto de la identificación de los siniestros extremos, las entidades aseguradoras señalarán como siniestro extremo (con excepción de aquellos registrados para el ramo de terremoto) aquel cuyo monto reservado bruto de reaseguro y/o pagado sin considerar reembolsos de reaseguro ascienda como mínimo a 399 millones de Unidades de Valor Real (UVR) vigentes al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Así mismo, se identificará como siniestro extremo aquellos siniestros que ocurridos en un mismo evento acumulen un valor reservado bruto de reaseguro y/o pagado sin considerar reembolsos de reaseguro, superior al monto anteriormente señalado.

Este monto será revisado por la SFC y podrá ser modificado si ésta considera que no refleja las condiciones de siniestralidad del mercado de seguros.

En el caso del ramo de terremoto, se identificará como siniestro extremo aquellos siniestros que ocurridos en un mismo evento acumulen un valor reservado bruto de reaseguro y/o pagado sin considerar reembolsos de reaseguro, superior al monto de la PMP (Pérdida Máxima Probable) de la cartera total en los términos del artículo 2.31.5.1.1 del Decreto 2555 de 2010.

2.1.2.2. Riesgo de activo

Las entidades aseguradoras deben contar con políticas, procesos, sistemas y controles internos eficaces para garantizar que le asignan a cada contraparte y activo la ponderación adecuada.

Para la adecuada clasificación y el cálculo del riesgo de activo de acuerdo con la ponderación de riesgo crediticio en sus respectivas categorías, tanto en moneda nacional como extranjera, las entidades aseguradoras deben tener en cuenta las instrucciones de los formatos de reporte de información que para el efecto se establecen, con base en lo señalado en el Decreto 2555 de 2010, con sus correspondientes instructivos y las que se señalan a continuación:

2.1.2.2.1. Ponderación de la exposición crediticia de los instrumentos financieros derivados

El valor de la exposición crediticia de los instrumentos financieros derivados se debe calcular conforme a lo dispuesto en el Anexo 3 del Capítulo XVIII de la CBCF.

La exposición con instrumentos financieros derivados corresponde a la multiplicación de la Exposición Crediticia (EC) por el factor de ponderación que le corresponda a cada contraparte.

2.1.2.2.2. Ponderación de la exposición de los productos estructurados

Los productos estructurados ponderan de la siguiente forma:

2.1.2.2.2.1. Cuando se realicen inversiones en productos estructurados cuyos componentes provengan de distintas contrapartes y el vendedor no sea responsable de su pago, dicho producto estructurado debe computar según las instrucciones del parágrafo 2 del artículo 2.31.1.2.9 del Decreto 2555 de 2010, considerando la suma de los siguientes dos factores: 1) La multiplicación del precio justo de intercambio de mercado (valor razonable) del componente no derivado por el porcentaje de ponderación que aplique al respectivo emisor; y 2) la multiplicación del costo de reposición de los componentes derivados por el porcentaje de ponderación que aplique a la respectiva contraparte.

2.1.2.2.2.2. Los demás productos estructurados deben ponderar de conformidad con las instrucciones del numeral 6 del artículo 2.35.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010.

2.1.2.2.3. Ponderación de la exposición de las operaciones del mercado monetario

En las operaciones de reporto o repo, simultáneas y de transferencia temporal de valores, se debe multiplicar la exposición neta de cada operación por el factor de ponderación que corresponda.

Exposición Neta (EN): Se entiende como exposición neta en una operación de reporto o repo, simultánea o transferencia temporal de valores el monto que resulte de restar la posición deudora de la posición acreedora que ostenta la entidad en la respectiva operación realizada, siempre que dicho monto sea positivo. Para el cálculo de dichas posiciones debe tenerse en cuenta el precio justo de intercambio (valor razonable) de mercado de los valores cuya propiedad se transfiera en desarrollo de la operación, la suma de dinero que sea entregada en la misma, así como los intereses o rendimientos causados asociados.

Incorporación al cálculo del riesgo de activo: Una vez determinada la exposición neta de cada operación, se debe establecer su contribución al riesgo de activo. De esta manera, la contribución de una operación del mercado monetario será igual a:

$$APNR_j = W_j * EN_j$$

Donde W_j corresponde al porcentaje de ponderación asignado según la calidad crediticia de la contraparte definida en el artículo 2.31.1.2.9 del Decreto 2555 de 2010 y en [la proforma correspondiente definida por la SFC el Formato XXX \(Proforma F.XXXX-XX\) “Declaración del control de ley patrimonio adecuado – Seguros”](#).

No obstante y de acuerdo con el parágrafo 3 y 4 del artículo 2.31.1.2.9 del Decreto 2555 de 2010, para efectos de determinar el valor de los activos ponderados por nivel de riesgo crediticio, las garantías transferidas con ocasión de la realización de operaciones repo o reporto, simultáneas o de transferencia temporal de valores se deben considerar de acuerdo con el porcentaje de ponderación de riesgo de contraparte que les corresponda, siempre que las mismas permanezcan en el balance del enajenante, originador o receptor.

2.1.2.2.4. Ponderación del activo de contingencias a cargo del reasegurador y las cuentas por cobrar con reaseguradores netas del depósito de reserva a reaseguradores del exterior

En la determinación del componente de riesgo de activo correspondiente a las cuentas por cobrar con reaseguradores y el activo de las contingencias a cargo de reaseguradores, descrito en los numerales 5 y 6 del ~~artículo~~ artículo 2.31.1.2.9 del Decreto 2555 de 2010, las entidades aseguradoras deben emplear la probabilidad de incumplimiento en un año, para lo cual tomarán la probabilidad de que la calificación del reasegurador migre a las calificaciones de BB o menos de las matrices de transición para el sector de seguros publicadas más recientemente por la sociedad calificadora de riesgo que califica a cada reasegurador. La probabilidad de incumplimiento se determina como la suma algebraica de la probabilidad de transición de la calificación actual del reasegurador a las calificaciones de BB hasta D, como se muestra en la siguiente fórmula:

$$P_i = \sum_{j=BB}^D P_{i,j}$$

Donde,

P_i corresponde a la probabilidad de incumplimiento de la calificación i del reasegurador.
 i corresponde a la calificación actual del reasegurador con $i = \text{AAA, AA, A, BBB}$.
 j corresponde a la calificación inferior a grado de inversión con $j = \text{BB, B, CCC, C y D}$.
 $P_{i,j}$ corresponde a la probabilidad de migrar de una calificación i a la calificación j .

En el caso que un reasegurador cuente con más de una calificación internacional de fortaleza financiera, la entidad aseguradora debe tomar la probabilidad de incumplimiento correspondiente a la calificación más baja o de mayor riesgo. Para la determinación de la equivalencia entre las calificaciones, la entidad aseguradora debe tomar la siguiente tabla de equivalencias. Cuando el reasegurador cuente con una calificación que proceda de una agencia calificadora distinta de las incluidas en la siguiente tabla de equivalencias, la entidad aseguradora debe incorporar en su análisis de equivalencias una tabla que presente una comparación entre las calificaciones de la agencia calificadora del reasegurador y alguna de las agencias incluidas en la tabla. Si las diferentes calificaciones internacionales de fortaleza financiera se consideran como iguales, la entidad aseguradora debe tomar la probabilidad de incumplimiento más alta entre las matrices de transición.

Calificadora	Standard & Poor's	Fitch	Moody's	A.M. Best
Calificaciones internacionales de fortaleza financiera	AAA	AAA	Aaa	A++, A+
	AA +	AA +	Aa 1	A
	AA	AA	Aa 2	
	AA -	AA -	Aa 3	
	A +	A+	A 1	A-
	A	A	A 2	
	A -	A-	A 3	
	BBB +	BBB+	Baa 1	B++, B+
	BBB	BBB	Baa 2	
	BBB -	BBB-	Baa 3	

Cuando una sociedad calificadora de riesgo no publique matrices de transición, o transcurran más de 12 meses calendario desde la última publicación, la entidad aseguradora debe identificar la calificación equivalente en las sociedades calificadoras para las que existen matrices de transición actualizadas y emplear la probabilidad de incumplimiento más alta entre dichas matrices. Para determinar la equivalencia entre calificaciones la entidad aseguradora debe emplear la tabla de equivalencias anteriormente presentada y una tabla que presente una comparación entre las calificaciones de la agencia calificadora del reasegurador y alguna de las agencias incluidas en la tabla cuando el reasegurador cuente con una calificación que proceda de una agencia calificadora distinta de las incluidas en la tabla de equivalencias.

Las entidades aseguradoras deben actualizar las probabilidades de incumplimiento en el cálculo del patrimonio adecuado del mes siguiente al que tengan conocimiento de la publicación de las matrices de transición. En todo caso, el plazo máximo para la actualización de las probabilidades de incumplimiento es de tres (3) meses, contados a partir de la publicación de la matriz de transición por parte de la sociedad calificadora de riesgo.

La entidad aseguradora debe documentar las matrices de transición empleadas en la actualización y dentro del mes siguiente a dicha actualización remitir a la SFC una comunicación en la cual notifique el cumplimiento de las instrucciones del presente subnumeral. En la comunicación remitida a la SFC se debe señalar la fecha de publicación de las matrices de transición por parte de la sociedad calificadora y el mes a partir del cual la entidad aseguradora aplica dichas probabilidades.

2.1.2.3. Riesgo de mercado

La medición de la exposición al riesgo de mercado se debe realizar conforme a las instrucciones establecidas en el Capítulo XXI “[Sistema Integral de Administración de Riesgos](#)~~Reglas Relativas al Sistema de Administración de Riesgo de Mercado~~” de la CBCF.

2.1.2.4. Riesgo operacional

Para el cálculo de la exposición al riesgo operacional las entidades aseguradoras que administren a través de patrimonios autónomos recursos del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales –FONPET y contratos de fondos de pensiones voluntarias, deben atender lo establecido en el Capítulo 2 del Título 1 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010 y las siguientes instrucciones.

Para determinar el valor de la exposición al riesgo operacional, las entidades aseguradoras deben sumar los ingresos por comisiones provenientes de la administración de activos que se realice a través de patrimonios autónomos con recursos del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales –FONPET y contratos de fondos de pensiones voluntarias.

Para los nuevos administradores o para aquellos que no tengan información de los 36 meses anteriores a la fecha de cálculo, previa solicitud de la entidad o de considerarlo necesario la SFC publicará mensualmente el cociente de ingresos y gastos por comisiones de administración.

Para aquellas entidades que no tengan información para los 36 últimos meses, el cálculo del cociente de ingresos y gastos por comisiones de los contratos administrados se realizará de la siguiente manera:

CIG = PAIG / PMA

Donde:

| CIG = Cociente de ingresos y gastos por comisiones de administración de operaciones.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PAIG = Promedio anual de los últimos 36 meses de los ingresos por comisiones de los contratos administrados menos los gastos por concepto de custodia de valores.

PMA = Promedio mensual de los últimos 36 meses de los activos de los contratos administrados.

Los activos, ingresos y gastos corresponden a los reportados por los administradores en los últimos 36 meses.

El cociente de ingresos y gastos por comisiones de administración de operaciones (CIG) será calculado respecto de cada actividad o tipo de contrato, independientemente de la entidad que lo realice.

2.1.3. Planes de ajuste

Cuando una entidad aseguradora prevea que va a incurrir o presente defectos en el régimen de patrimonio adecuado debe, de manera inmediata, establecer y enviar a la SFC el plan de ajuste anexando la documentación en la cual conste que se ha informado a los accionistas o asociados. Lo anterior sin perjuicio de otras medidas que pueda tomar la SFC en desarrollo de sus facultades.

El documento mediante el cual se presente el plan de ajuste debe contener como mínimo la siguiente información:

2.1.3.1 Las explicaciones sobre los motivos que originaron u originarán el defecto respectivo, con un estudio fundamentado de análisis financiero en el que se evalúen las principales variaciones de aquellos elementos del capital y de los estados financieros en donde se causen los mayores cambios por cuyo motivo se presenta o se espera que se presente el defecto.

2.1.3.2 Un plan de actividades que, partiendo del anterior diagnóstico, permita establecer objetivos, metas de cumplimiento y estrategias de corto plazo para ajustarse. El plan de ajuste deberá determinar de manera exacta, oportuna y cuantificable, proyectos específicos en materia de crecimiento o de la distribución del total de activos o de determinadas categorías de ellos, obligaciones de enajenación de inversiones, incrementos patrimoniales, o cualquier otro aspecto que permita evitar o resolver a la mayor brevedad posible el incumplimiento del régimen de patrimonio adecuado.

2.1.3.3 Un cronograma para el cumplimiento y desarrollo del plan de ajuste, que permita identificar de manera específica todas y cada una de las metas a cumplir en el término establecido para tal fin.

En todo caso, el plan de ajuste que se presente a consideración de la SFC no puede tener previsto un período de implementación superior a un año, contado a partir de la fecha de su aprobación por parte de la SFC.

Cuando los defectos mensuales se originen como consecuencia de eventos catastróficos las entidades aseguradoras convendrán un plan de ajuste con la SFC cuyo plazo no podrá superar noventa (90) días.

Lo anterior sin perjuicio de las medidas de supervisión que considere apropiadas la SFC.

En todo caso y conforme a los criterios señalados en el artículo 2.31.1.2.1 y las instrucciones del artículo 2.31.1.2.12 del Decreto 2555 de 2010, cuando se presente el mencionado incumplimiento del régimen de patrimonio adecuado y hasta tanto no se complete el plan de ajuste, la entidad aseguradora tendrá las siguientes limitaciones: 1) la distribución de utilidades o excedentes, liberación de reservas, reducción del capital social, y en general, cualquier posibilidad de afectación de recursos por voluntad de la administración que conlleve una reducción en su patrimonio; y 2) la suspensión temporal del pago de dividendos, recompra de acciones, bonificaciones a empleados o cualquier otro programa de pagos discrecionales, de incentivos o erogaciones no ordinarias a partes relacionadas.

2.2. Reglas sobre el régimen de reservas técnicas y su inversión

2.2.1. Reglas sobre reservas técnicas

2.2.1.1. Control de reservas de siniestros

Las entidades aseguradoras deben contar con un libro auxiliar ([libro radicador de siniestros](#)) en el cual se asienten los datos que soporten los movimientos de la reserva de siniestros y el registro contable del respectivo pasivo. [Dicho libro debe ser llevado en forma sistematizada, para cada ramo, pudiéndose llevar por cada área de la entidad o sucursal. Dicho libro debe ser llevado en forma sistematizada, pudiéndose llevar un libro por cada ramo, área de la entidad o sucursal](#), aunque siempre de forma centralizada.

En todo caso, la entidad aseguradora debe mantener a disposición de la SFC la siguiente información mínima extraída de dicho libro:

2.2.1.1.1. Número de la póliza, o del contrato si se trata de un negocio aceptado.

2.2.1.1.2. Número de radicación del siniestro.

2.2.1.1.3. Ramo(s) de la póliza o del contrato. Para este efecto se debe utilizar el número del código de los ramos, establecido en el subnumeral 1.1. del presente Capítulo.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.2.1.1.4. Indicación de si se trata de una póliza expedida de forma directa, en coaseguro o de un negocio aceptado en reaseguro. Para dicho efecto, se deben utilizar los siguientes códigos: PD para las pólizas expedidas directamente y sin coaseguro; AR para los negocios aceptados en reaseguro; CO para pólizas expedidas en coaseguro.

2.2.1.1.5. Nombre del asegurado, tomador y beneficiario.

2.2.1.1.6. Fecha de ocurrencia del siniestro.

2.2.1.1.7. Fecha de aviso.

2.2.1.1.8. Fecha de presentación de la reclamación en los términos señalados en el [artículo 1077 del C.Cio.Código de Comercio](#) (fecha de entrega del último documento).

2.2.1.1.9. Cobertura afectada. [Para este efecto se debe utilizar la codificación señalada en el subnumeral 1.1. del presente Capítulo.](#)

2.2.1.1.10. Valor de la pretensión, [entendido como el valor que pretende recibir el asegurado por la materialización del siniestro, sin exceder el valor asegurado.](#)

2.2.1.1.11. Reserva parte compañía inicialmente constituida.

2.2.1.1.12. Reserva parte reaseguradores inicialmente constituida.

2.2.1.1.13. Ajuste de cada una de las reservas a las que se refieren los subnumerales 2.2.1.1.11 y 2.2.1.1.12 anteriores, si los hubiere.

2.2.1.1.14. Fecha y valor de pago del siniestro.

2.2.1.1.15. Indicación de si el siniestro fue objetado o se encuentra en trámite.

2.2.1.1.16. Razones de objeción, en caso de que a ello haya lugar.

2.2.1.1.17. Indicación de si el siniestro se encuentra en proceso (litigio) o no.

2.2.1.1.18. Valor total de la reserva de siniestros parte compañía y parte reaseguradores.

Tratándose de operaciones de reaseguro aceptado, la aseguradora no está obligada a tener la información de que tratan los literales 2.2.1.1.5, 2.2.1.1.6, 2.2.1.1.7, 2.2.1.1.8, 2.2.1.1.15 y 2.2.1.1.16, anteriores.

2.2.1.2. Constancias a reclamantes

Para los mismos efectos previstos en este acápite, [siempre que el reclamante lo solicite](#), las entidades aseguradoras deben expedir [una constancia a sus reclamantes](#), que contenga como mínimo la siguiente información:

- 2.2.1.2.1. Nombre del asegurado
- 2.2.1.2.2. Número de la póliza afectada por el reclamo
- 2.2.1.2.3. Fecha del siniestro
- 2.2.1.2.4. Fecha de aviso del siniestro
- 2.2.1.2.5. Fecha de presentación del reclamo
- 2.2.1.2.6. Documentos aportados
- 2.2.1.2.7. Valor pretendido de la reclamación
- 2.2.1.2.8. Número consecutivo de la constancia expedida

~~2.2.1.3. Retención de reserva de riesgos en curso en la operación de reaseguro~~

~~Para efectos de la adecuada operación del reaseguro, las entidades aseguradoras deben dar aplicación al [artículo 2.31.4.1.9 del Decreto 2555 de 2010](#).~~

~~La entidad cedente y el reasegurador pueden estipular el reconocimiento de intereses remuneratorios en favor de éste sobre dichos depósitos durante el término en que deba mantener la retención.~~

2.2.2. Reserva matemática

2.2.2.1. Cálculo de la reserva matemática

La reserva matemática se debe calcular conforme a lo establecido en el [artículo 2.31.4.3.2 y ss. del Decreto 2555 de 2010](#) para los seguros de vida individual, los ramos de seguros de pensiones Ley 100, riesgos laborales y conmutación pensional y los amparos cuya prima se calcule en forma nivelada o seguros cuyo beneficio se pague en forma de renta.

2.2.2.2. Tasa de interés técnico

Las entidades aseguradoras deben emplear una tasa de interés técnico para el cálculo de la reserva matemática. La tasa de interés técnico que emplearán durante toda su vigencia las pólizas y amparos emitidos se determinará a la fecha de emisión de la respectiva póliza y corresponderá a la menor entre la tasa de interés que sirvió como base para el cálculo de la prima (tasa de venta) y la Tasa de Mercado de Referencia (TMR) que se determina como se describe a continuación a partir del vector de tasas de interés TMR_k . En todo caso, la entidad aseguradora debe acoger la mayor reserva.

Para el ramo de riesgos laborales la tasa de interés técnico corresponderá a la TMR. Para el ramo de vida individual, la reserva correspondiente a cada renovación debe calcularse con base en la tasa de interés técnico aplicable al momento de la emisión de la póliza y no al momento de las renovaciones del contrato de seguro.

El vector de TMR_k en términos reales será publicado por la SFC trimestralmente. En el evento que no sea publicado dentro de dicho término, se debe aplicar el último vector TMR_k disponible.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para encontrar la menor tasa entre la tasa de venta y la TMR, la entidad debe calcular una tasa equivalente o tasa interna de retorno al vector de tasas de mercado TMR_k resolviendo para TMR la siguiente ecuación:

$$\sum_{k=0}^K \frac{F_k}{(1 + TMR_k)^k} = \sum_{k=0}^K \frac{F_k}{(1 + TMR)^k}$$

Donde:

F_k son los flujos futuros esperados en el plazo k , expresado en años, de la respectiva póliza (ej: $k = 1.5$ para un flujo cuyo pago se hará en 18 meses).
 TMR_k es la entrada k (del año más cercano) del vector de tasas de mercado de referencia publicado por la SFC.
 TMR es la tasa de mercado de referencia equivalente de la póliza, que servirá para ser comparada con la tasa de venta de la póliza.

2.2.3. Reserva por insuficiencia de activos

2.2.3.1. Ámbito de aplicación

Las instrucciones de la reserva por insuficiencia de activos (RIA) establecidas en el numeral 2.2.3 de este Capítulo aplican para los ramos establecidos en el 2.31.4.3.4 del Decreto 2555 de 2010.

2.2.3.2. Análisis de insuficiencia de activos

Trimestralmente las entidades aseguradoras deben efectuar un análisis de insuficiencia de activos respecto a los pasivos en los ramos aplicables, de acuerdo con la metodología establecida en el Anexo 13 del presente título, denominado “Metodología de Cálculo de la Reserva por Insuficiencia de Activos”.

2.2.3.3. Constitución y liberación de la reserva por insuficiencia de activos

Las entidades aseguradoras deben constituir la RIA cuando identifiquen una insuficiencia de activos con base en el análisis de insuficiencia que realicen trimestralmente. El plazo máximo para la constitución de la RIA será el último día hábil del corte trimestral siguiente al de identificación de la insuficiencia, que corresponde al corte de la información de los activos. La reserva se podrá liberar por la cuantía en exceso en el evento en que se reduzcan las insuficiencias con respecto al cálculo del periodo anterior o en su totalidad cuando no exista insuficiencia.

La SFC publicará trimestralmente las tasas de descuento relevantes para el cálculo del valor presente de la insuficiencia de activos. En el evento en que dichas tasas de descuento no sean publicadas dentro de dicho término, aplicarán los últimos vectores de tasas disponibles.

2.2.4 Reserva técnica de riesgos en curso

2.2.4.1 Reserva técnica de prima no devengada

2.2.4.1.1. Metodología de cálculo de la reserva de prima no devengada

La reserva de prima no devengada se debe calcular conforme a lo establecido en el [artículo](#) 2.31.4.2.2 del Decreto 2555 de 2010.

En línea con lo establecido en el Parágrafo 1 del mencionado artículo, en caso de que existan amparos cuya vigencia sea distinta a la vigencia de la póliza, para el cálculo de esta reserva se tomará como referencia el término de dicho amparo y no el de la póliza. Para pólizas cuya cobertura esté supeditada al pago de una prima calculada para un periodo inferior a la vigencia de la póliza, en las que el tomador no está obligado a pagar las primas pendientes hasta el vencimiento del contrato, para el cálculo de la reserva de prima no devengada se tomará como fecha de fin de la vigencia la de la cobertura otorgada por el pago de la prima y no la de la vigencia de la póliza.

En el evento en que el periodo de cobertura del amparo sea inferior o igual a un (1) mes, se debe constituir y mantener una reserva conforme a lo establecido en el inciso 4º del [artículo](#) 2.31.4.2.2 del Decreto 2555 de 2010.

En pólizas en las que la prima sea financiada, el cálculo de la reserva de prima no devengada siempre se realizará tomando la vigencia de la póliza.

2.2.4.1.2. Gastos de Expedición

Para efectos del cálculo de la reserva técnica de prima no devengada, establecido en el [artículo](#) 2.31.4.2.2 del Decreto 2555 de 2010, se entienden como Gastos de Expedición los gastos causados por la entidad para la suscripción y emisión de cada una de las pólizas. Los Gastos de Expedición deducibles de la prima emitida son los siguientes:

2.2.4.1.2.1. Gastos de tarificación, definidos como aquellos que permiten establecer el valor de la prima, tales como avalúos de predios por peritos, la remuneración del personal experto proporcional al tiempo dedicado a identificar los riesgos de suscripción, los exámenes médicos para el otorgamiento de pólizas de vida y los gastos en sistemas de información destinados a definir las condiciones de asegurabilidad.

2.2.4.1.2.2. Comisiones o remuneraciones variables causadas atadas a la venta de la póliza, destinadas al pago de intermediarios de seguros dependientes o independientes y canales de comercialización, tales como corresponsales y uso de red.

2.2.4.1.2.3. Papelería y gastos de entrega o de envío de la póliza al tomador.

El porcentaje correspondiente a los Gastos de Expedición deducidos del valor de la prima emitida, debe ser concordante con el rango establecido para tal efecto en la nota técnica a la que hace referencia el numeral 1.8 de este capítulo.

No son Gastos de Expedición aquéllos que no guarden relación directa o indirecta con la emisión de las pólizas, tales como los gastos en remuneraciones a los intermediarios de seguros distintos a las comisiones o remuneraciones variables, las

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

indemnizaciones por incumplimiento de obligaciones legales o contractuales, las transferencias o contribuciones legales distintas a las efectuadas con cargo al ramo del SOAT, investigaciones de mercado o los gastos en publicidad.

2.2.4.1.3 Metodología de cálculo para vigencias indeterminadas

Son pólizas o amparos con vigencia indeterminada aquellas en los que al momento de la contratación del seguro no se conoce el fin de la vigencia de la cobertura de la póliza o el amparo.

Para aquellas pólizas o amparo de seguros con vigencias indeterminadas para las cuales la fecha de fin de la vigencia no se conoce, se usará la siguiente fórmula para efectos del cálculo de la reserva de prima no devengada:

$$Fecha\ fin\ de\ vigencia = Fecha\ inicio\ de\ vigencia + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i + 1.65 * \frac{DS}{\sqrt{n}}$$

Donde:

Fecha fin de vigencia = Fecha estimada de finalización de la cobertura de la póliza o del amparo.
Fecha inicio de vigencia = Fecha de inicio de la cobertura de la póliza o del amparo.
x_i = Número de días transcurridos entre el inicio y fin de vigencia de las pólizas o amparos cuya vigencia ya venció, o entre el inicio de la vigencia y la fecha de corte, en el caso de pólizas o amparos vigentes.
n = Número total de pólizas o amparos con vigencia indeterminada de dicha clase de póliza o amparo, vigentes o terminadas, teniendo en cuenta como mínimo los últimos tres años a la fecha de cálculo de la reserva de prima no devengada. Aquellas entidades sin experiencia siniestral en dichos productos deben utilizar información obtenida del mercado o de pólizas con características similares.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DS = Desviación estándar del número de días transcurridos entre el inicio y fin de vigencia o la fecha de corte de las "n" pólizas o amparos considerados en el cálculo de la fecha del fin de vigencia.

En todo caso, si la reserva se agota mientras la póliza o el amparo continúa vigente, ésta debe constituirse nuevamente, utilizando como fecha de inicio de vigencia la fecha en que se agota la reserva, con base en la información disponible al momento de reconstituirla.

Para la cobertura de amparos judiciales del ramo de cumplimiento se deben tener en cuenta las variables antes mencionadas, incluyendo procesos judiciales en curso y terminados. En el seguro de transporte de mercancías, el cálculo se debe diferenciar según el medio de transporte (marítimo, aéreo o terrestre).

Las entidades aseguradoras pueden usar metodologías alternativas que tengan en cuenta la distribución estadística de la vigencia de las pólizas o amparos. Dicha metodología debe estar debidamente documentada, a disposición de la SFC y ser avalada por el Actuario Responsable.

2.2.4.2. Reserva técnica por insuficiencia de primas

El cálculo de la reserva técnica por insuficiencia de primas, establecido en el [artículo](#) 2.31.4.2.3 del Decreto 2555 de 2010, se realizará por ramos de seguros, de acuerdo con el listado definido en el numeral 1.1 de este capítulo.

Con excepción del seguro de invalidez y sobrevivencia, esta reserva debe calcularse y reajustarse mensualmente, tomando como referencia la información de los dos (2) últimos años, de acuerdo con lo establecido en el citado artículo, estableciendo como fecha de corte para la determinación de los ingresos y egresos, el cierre del mes inmediatamente anterior. Para tal efecto, se sumarán los ingresos relevantes de los últimos dos años y se descontará la suma de los egresos relevantes para este mismo periodo de acuerdo con las definiciones de los subnumerales 2.2.4.2.1 y 2.2.4.2.2.

Exceptuado el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia, cuando se inicie la operación de un nuevo ramo, esta reserva se calculará según lo establecido en el párrafo 4 del [artículo](#) 2.31.4.2.3 del Decreto 2555 de 2010.

En caso de que la entidad aseguradora se acoja a una metodología de cálculo prospectivo para esta reserva, debe aplicarse lo establecido en el párrafo 3 del [artículo](#) 2.31.4.2.3 del Decreto 2555 de 2010.

Los ingresos y egresos relevantes para el cálculo de la reserva por insuficiencia de prima son los siguientes:

2.2.4.2.1. Ingresos:

2.2.4.2.1.1. Primas devengadas ~~de acuerdo con la Proforma F3000-32 (Formato 290)~~, descontando la liberación y/o constitución de las reservas técnicas por insuficiencia de prima e insuficiencia de activos; los ingresos de otros productos de seguros y la remuneración de administración de coaseguro.

2.2.4.2.1.2. Los ingresos de contratos de reaseguro proporcional y no proporcional, correspondientes a comisiones de reaseguro cedido, ingresos de contratos de reaseguro de exceso de pérdida, participaciones de utilidades por reaseguro cedido e intereses y gastos reconocidos por reaseguradores.

2.2.4.2.1.3. Los Ingresos Financieros de los activos que respaldan las reservas técnicas del ramo, sin incluir los rendimientos de las inversiones no asociadas a dichas reservas. Se entiende como Ingresos Financieros aquella entrada bruta de beneficios económicos realizados o causados, según corresponda, durante el periodo de reporte, asociados únicamente a los activos que respaldan las reservas técnicas de los respectivos ramos. Los Ingresos Financieros comprenden:

2.2.4.2.1.3.1. Ingresos realizados de los activos a valor razonable.

2.2.4.2.1.3.2. Ingresos causados de los activos a costo amortizado.

2.2.4.2.2. Egresos:

Los egresos computados deben corresponder en concepto y rango con los establecidos en la respectiva nota técnica.

2.2.4.2.2.1. Siniestros incurridos: Se computan sumando la constitución de reservas de siniestros avisados y ocurridos no avisados neta de reaseguro y los siniestros liquidados; y restando los salvamentos, recobros, reembolsos de siniestros sobre cesiones, así como la liberación de las reservas de siniestros avisados y ocurridos no avisados neta de reaseguro.

En caso de que se excluyan en el cálculo de esta reserva los siniestros caracterizados por baja frecuencia y alta severidad, la entidad aseguradora debe notificarlo a la SFC junto con la documentación que sustente actuarialmente dicha exclusión.

2.2.4.2.2.2. Egresos de contratos de reaseguro: Corresponden al costo de los contratos de exceso de pérdida, los intereses reconocidos a reaseguradores, participaciones de utilidades y otros egresos asociados al reaseguro.

2.2.4.2.2.3. Otros egresos de seguros: Corresponden a los gastos de administración de coaseguro aceptado, contribuciones de seguros y otros egresos.

2.2.4.2.2.4. Gastos de Expedición, en los términos del subnumeral 2.2.4.1.2 de este capítulo.

2.2.4.2.2.5. Gastos de administración y de personal, excluyendo los gastos extraordinarios sufragados con recursos de utilidades acumuladas o aportes de capital para fines específicos, tales como fusiones, adquisiciones, cierre de líneas de negocio y proyectos de infraestructura. Son gastos de administración y de personal aquéllos que no son Gastos de Expedición, ni son gastos de liquidación de siniestros o no están asociados a la gestión de las inversiones de la entidad aseguradora.

2.2.4.2.2.6. Los egresos financieros son aquéllos asociados a la gestión de las inversiones que respaldan las reservas técnicas, tales como pagos a proveedores de precios, remuneración del personal destinado a la labor de la administración de las inversiones, comisiones por concepto de la intermediación de valores y pagos por concepto de infraestructura y equipos destinados a la gestión de las inversiones. Se excluyen de este concepto, los egresos correspondientes a las inversiones propias de las entidades aseguradoras que no respaldan las reservas técnicas.

2.2.5. Metodología para la constitución y ajuste de la reserva técnica de siniestros avisados

2.2.5.1. Seguro de riesgos laborales

El monto total de la reserva de siniestros avisados del ramo de seguro de riesgos laborales debe ser igual a la sumatoria de aquella constituida por cada siniestro para cada prestación asistencial y/o económica en la fecha en que la entidad tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, de acuerdo con el [artículo 2.31.4.4.4 del Decreto 2555 de 2010](#).

Para el cálculo de la reserva técnica de siniestros avisados del ramo de seguro de riesgos laborales, por cada siniestro se deben agregar las reservas técnicas constituidas para las siguientes prestaciones y gastos: prestaciones asistenciales (incluyendo, cuando sea del caso, siniestros avisados asistenciales crónicos y siniestros avisados asistenciales vitalicios), incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, pensión de sobrevivencia, auxilio funerario, honorarios de abogados y gastos asociados al siniestro, directos e indirectos. El cálculo de la reserva para cada una de estas prestaciones se debe realizar conforme se indica en el Anexo 11 de este Título.

Los gastos directos asociados al siniestro son aquéllos que se encuentran relacionados de manera específica con un siniestro.

Los gastos indirectos asociados al siniestro son aquellos en que se incurre para la atención de los siniestros pero que no pueden ser asociados a uno solo de ellos.

2.2.5.2. Seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Las entidades aseguradoras deben constituir la reserva de siniestros avisados del ramo de seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia conforme a lo establecido en el [artículo 2.31.4.4.2 del Decreto 2555 de 2010](#). El cálculo de esta reserva debe agregar las reservas técnicas constituidas para las siguientes coberturas y gastos: suma adicional requerida para la pensión de invalidez y sobrevivencia, auxilio funerario, subsidio económico por concepto favorable de rehabilitación y gastos asociados al siniestro tales como traslado de pacientes, valoración por especialistas, exámenes complementarios y honorarios de juntas de calificación.

Para el cálculo de esta reserva, las entidades aseguradoras deben implementar la metodología prevista en el Anexo 12 de este Título.

2.2.5.3. Seguros sin régimen especial

2.2.5.3.1. Ámbito de aplicación

Las entidades aseguradoras deben constituir la reserva de siniestros avisados para todos los ramos que no tengan una regulación especial, conforme al [artículo 2.31.4.4.1](#) del Decreto 2555 de 2010 y a las instrucciones contenidas en el num. 2.2.5.3 de este Capítulo.

2.2.5.3.2. Metodología para el cálculo de la reserva de siniestros avisados en siniestros típicos

Las entidades aseguradoras deben desarrollar metodologías propias para el cálculo de la reserva de siniestros avisados. Esta metodología debe tener en cuenta los criterios establecidos en el [artículo 2.31.4.4.1](#) del Decreto 2555 de 2010. Se entiende como típico aquel siniestro que se encuentre dentro de los rangos generalmente considerados de frecuencia y severidad o que se ajuste a la experiencia siniestral que sirve de base suficiente para su cálculo.

Las entidades aseguradoras deben constituir esta reserva en la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro y ajustarla mensualmente por el valor correspondiente a la mejor estimación técnica del costo del mismo. En caso en que no sea determinable dicho costo, la mejor estimación del siniestro debe basarse en hipótesis fundadas en el patrón de comportamiento de flujos, sustentadas en la experiencia de la propia entidad aseguradora o del mercado. La experiencia histórica de flujos de reclamaciones debe proporcionar una base sólida y confiable para desarrollar una proyección razonable del futuro.

En caso de que la entidad aseguradora implemente una nueva metodología o modifique la vigente, debe remitirla a la SFC, mediante una comunicación que informe dicho cambio y las motivaciones de esta decisión. Las modificaciones serán aplicables únicamente a partir del siguiente año fiscal.

2.2.5.3.3. Metodología para el cálculo de la reserva de siniestros avisados en siniestros atípicos

Las entidades aseguradoras deben establecer una metodología para calificar un siniestro como atípico, la cual debe ser aprobada por el actuario responsable y estar a disposición de la SFC. Se entiende como atípico aquel siniestro que se encuentre fuera de los rangos generalmente considerados de frecuencia y severidad o que no se ajuste a la experiencia siniestral, por lo cual ésta no sirve de base suficiente para su cálculo.

La metodología debe contener criterios preestablecidos para dicha calificación y ser aplicados consistentemente. Los siniestros atípicos pueden ser excluidos de la experiencia histórica de flujos utilizada para calcular la mejor estimación del costo de la reserva de siniestros avisados para siniestros típicos.

Las entidades aseguradoras deben constituir esta reserva en la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro y ajustarla mensualmente por el valor correspondiente a la mejor estimación técnica del costo del mismo. Para calcular la reserva de siniestros avisados en los siniestros atípicos, las entidades aseguradoras deben emplear una metodología propia que contenga bases actuariales, técnicas y estadísticas reconocidas internacionalmente. El monto estimado para siniestros atípicos debe adicionarse a la reserva de siniestros avisados, conjuntamente con los siniestros típicos.

El actuario responsable estará a cargo de [aprobar y determinar](#) la metodología para la constitución de esta reserva en los siniestros atípicos y deberá dejar soporte de los criterios utilizados [para dicha aprobación, así como](#) para la cuantificación de la reserva, los supuestos y parámetros utilizados para el efecto. Esta información debe estar a disposición de la SFC.

2.2.5.3.4. Lineamientos generales para el cómputo de los costos asociados al siniestro

La reserva de siniestros avisados debe incluir los egresos directos e indirectos asociados al proceso de administración de siniestros, incluyendo aquellos gastos o costos en que la aseguradora debe incurrir para procesar, evaluar y resolver las reclamaciones, tales como honorarios de asesoramiento legal y de peritos, costos internos de procesamiento de pagos de siniestros, gastos en sistemas de información de siniestros destinados a definir el valor de liquidación de los mismos y otros egresos de seguros relacionados con la administración de los siniestros.

Los egresos deben ser asignados conforme a criterios que reflejen la experiencia de la entidad aseguradora conforme a una metodología propia que cumpla los criterios establecidos los subnumerales 2.3.3.1.1 a 2.3.3.1.4 de este Capítulo. Esta asignación deberá estar basada en análisis actuales de las operaciones de la entidad, en la identificación de los factores de gastos adecuados y en coeficientes de distribución de gastos pertinentes.

2.2.5.3.5. Clasificación de siniestros

Después de calcularse la reserva de siniestros avisados, las entidades aseguradoras deben clasificar internamente cada siniestro en una de las siguientes categorías:

2.2.5.3.5.1. Siniestros liquidados pendientes de pago: Corresponde a aquellos siniestros que han sido liquidados de manera definitiva y que a la fecha de reporte de la información financiera no han sido pagados al beneficiario.

En el caso de los seguros de vida corresponde al importe de los siniestros de montos conocidos o pagos vencidos correspondientes a rentas que no han sido pagados al asegurado o beneficiario.

2.2.5.3.5.2. Siniestros avisados pendientes de liquidación: Son aquellos siniestros avisados cuya liquidación no se encuentra en firme porque están en trámite al interior de la entidad y no han sido liquidados o porque se esta definiendo su liquidación a través de mecanismos distintos al proceso judicial.

2.2.5.3.5.3. Siniestros avisados pendientes de liquidación en proceso judicial: Son aquellos siniestros que se encuentran en proceso judicial de cualquier índole. La reserva de estos siniestros debe comprender tanto el valor reservado para atender una eventual indemnización afectada por la probabilidad del riesgo técnico-jurídico como los honorarios de abogados, asociados a cada proceso. La reserva constituida para el pago de honorarios de abogados no debe ser afectada por la probabilidad del riesgo técnico-jurídico del proceso judicial.

Las entidades aseguradoras deben conformar un comité interdisciplinario de evaluación de siniestros en proceso judicial o conciliación, el cual debe ser integrado, al menos, por un experto en asuntos legales y un responsable administrativo del área técnica de siniestros. Dicho comité deberá reunirse mínimo trimestralmente.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este comité tiene las siguientes responsabilidades:

2.2.5.3.5.3.1. Determinar la categoría y probabilidad del riesgo técnico-jurídico del proceso judicial, teniendo en cuenta los conocimientos y experiencia de los miembros del comité y la información disponible de los siniestros pagados. La metodología empleada para fijar las probabilidades de que trata este subnumeral debe estar debidamente documentada y mantenerse a disposición de la SFC.

2.2.5.3.5.3.2. Revisar los procesos judiciales, los cambios en la instancia jurídica para los procesos en curso y la terminación del proceso por conciliación o fallo.

2.2.5.3.5.3.3. Hacer un seguimiento de los procesos judiciales en curso.

2.2.6. Instrucciones relativas a la inversión de reservas técnicas en bienes raíces productivos y no productivos.

De acuerdo con los numerales 3.10 del ~~artículo~~ 2.31.3.1.2 y 17 del ~~art. 2.31.3.1.4 del Decreto 2555 de 2010~~, las reservas técnicas de las entidades aseguradoras de vida, netas del activo de transferencia de riesgo al reasegurador, pueden estar invertidas en bienes raíces productivos y no productivos ubicados en el territorio colombiano, sin perjuicio de lo dispuesto en el Capítulo V, Título I, Parte I de la presente Circular.

2.2.6.1. Admisibilidad de la inversión en bienes raíces productivos y no productivos.

Para que la inversión en bienes raíces o en derechos fiduciarios sobre este tipo de bienes productivos sea admisible, es necesario que se cumplan con los siguientes requisitos:

2.2.6.1.1. Los bienes raíces no pueden ser utilizados para el desarrollo del objeto social de la entidad aseguradora.

2.2.6.1.2. Las entidades vinculadas de la entidad aseguradora no pueden tener la condición de titular de derechos reales o alguno similar sobre el bien raíz objeto de inversión.

2.2.6.1.3. Los bienes raíces deben ser productivos, esto es, al momento de computarse como inversión de las reservas técnicas, los mismos deben ser objeto de un contrato de arrendamiento o concesión. Este contrato debe tener, como mínimo, un (1) año de duración y debe generar ingresos hacia la entidad aseguradora desde el momento mismo de su clasificación como activo que respalda las reservas técnicas. Lo anterior no obsta para que el término de duración del contrato se vaya reduciendo con el transcurso de la ejecución del mismo.

En ese sentido, no se pueden computar como inversión de reservas técnicas aquellas inversiones sobre bienes raíces no productivos. Por lo anterior, estas inversiones tendrán el tratamiento de inversiones de libre inversión de las que trata el ~~artículo~~ 2.31.3.1.15 del Decreto 2555 de 2010.

Si un bien raíz deja de ser productivo, la entidad aseguradora tendrá un término de seis (6) meses para volverlo productivo. Si transcurrido dicho término, la entidad aseguradora no ha suscrito un nuevo contrato de arrendamiento o concesión, la respectiva entidad deberá darle el tratamiento de inversiones de libre inversión hasta cuando se celebre un nuevo contrato en las condiciones mencionadas en el primer inciso de este subnumeral.

2.2.6.1.4. Las entidades aseguradoras no pueden tener la condición de titular de derechos reales o alguno similar sobre el bien raíz objeto de inversión, al momento de la inversión.

2.2.6.1.5. Los bienes raíces productivos deben estar ubicados dentro del territorio colombiano.

2.2.6.1.6. La inversión debe realizarse de acuerdo con lo indicado en el numeral 2.2.6.2 de este Capítulo.

2.2.6.1.7. El bien raíz productivo debe estar asegurado, como mínimo, contra los riesgos de incendio y terremoto durante la vigencia del contrato de arrendamiento o concesión. El valor asegurado debe corresponder al valor de reconstrucción del bien raíz productivo.

2.2.6.1.8. En consonancia con lo establecido en el numeral 3 del ~~artículo~~ 2.31.3.1.13 del Decreto 2555 de 2010, el bien raíz productivo debe mantenerse libre de embargos, gravámenes, medidas preventivas o de cualquier naturaleza que impidan su libre cesión o transferencia. Por lo tanto, cualquier afectación de las mencionadas impide que la inversión en el bien raíz sea computada como inversión de las reservas técnicas.

Siempre que se trate de los bienes inmuebles relativos a la renta vitalicia inmobiliaria descritos en el Título 7 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010, para que la inversión en bienes raíces no productivos sea admisible es necesario que se cumplan con los requisitos definidos en los subnumerales 2.2.6.1.2, 2.2.6.1.4., 2.2.6.1.5, 2.2.6.1.7 y 2.2.6.1.8. del presente Capítulo. En todo caso, en atención a la naturaleza de la operación de renta vitalicia inmobiliaria, se considera admisible la inversión en dichos bienes raíces no productivos a pesar del usufructo al tomador y/o sus beneficiarios al momento de la transferencia de la nuda propiedad a la entidad aseguradora.

2.2.6.2. Política y procedimiento para realizar la inversión en bienes raíces productivos.

La junta directiva de la entidad aseguradora debe establecer una política de inversión para esta clase de inversiones. La política debe indicar, como mínimo, (i) las características de los bienes raíces productivos en los cuales la entidad aseguradora podrá realizar la inversión, (ii) los responsables de tomar la decisión sobre la realización o cancelación de la inversión y (iii) el contenido de los informes que el responsable de la inversión deberá presentar al comité de riesgos de la entidad aseguradora en el que se detallen las características de las inversiones, un análisis de los riesgos a los que están expuestas y el informe de valoración. Adicionalmente, el comité de riesgos debe verificar que en la valoración de las inversiones se tuvo en cuenta lo dispuesto en el subnumeral 2.2.6.3 de este Capítulo.

2.2.6.3. Valoración de los activos.

Las inversiones en bienes raíces productivos deben valorarse teniendo en cuenta el avalúo catastral del inmueble así como la destinación que tenga el bien raíz, esto es, residencial, comercial, industrial u otra y cumplir con las siguientes instrucciones:

2.2.6.3.1. Valorarse por el precio que determine el proveedor de precios para valoración designado como oficial por la entidad aseguradora

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.2.6.3.2. Cuando el proveedor de precios para valoración designado como oficial por la entidad aseguradora no cuente con una metodología de valoración para este tipo de inversiones, se debe cumplir con las siguientes instrucciones:

2.2.6.3.2.1. El avalúo debe ser realizado por un evaluador independiente de la entidad aseguradora, elegido por la junta directiva, inscrito en el Registro Nacional de Avaluadores y cuyos honorarios no pueden calcularse en función del valor de los activos avaluados. En todo caso, el avalúo debe atender, como mínimo, los criterios establecidos en el Decreto 422 de 2000 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

2.2.6.3.2.2. La técnica utilizada en el avalúo debe incluir la estimación y el descuento de los flujos de caja que genere el bien raíz productivo. La tasa de descuento a utilizar para descontar los flujos de caja no puede ser menor a aquella tasa utilizada para el cálculo de la reserva matemática que se va a respaldar con este activo. Si la inversión en bienes raíces productivos respalda más de una póliza de seguro, se aplicará la tasa más alta utilizada para el cálculo de la reserva matemática de dichas pólizas de seguro

Las proyecciones de los flujos deben corresponder a aquellos ingresos establecidos en el contrato de arrendamiento o concesión del bien raíz productivo.

Es necesario que en el informe de valoración del bien raíz se revelen todos los supuestos de rentabilidad y riesgo que se utilizaron para calcular la tasa de descuento y este debe estar a disposición de la SFC.

2.2.6.3.3. Al avalúo, la entidad aseguradora debe aplicarle un ajuste por la iliquidez asociada al activo, para lo cual la entidad aseguradora debe establecer la metodología para este cálculo y tenerla a disposición de la SFC para su consulta en cualquier momento.

2.2.6.3.4. Los ingresos provenientes de los bienes raíces productivos por concepto de los contratos de arrendamiento o concesión deben ser actualizados anualmente, como mínimo, con base en la variación del índice de precios al consumidor (IPC) de los últimos doce (12) meses. Por lo anterior, las entidades aseguradoras deben incluir en los contratos que celebren una condición que cumpla con lo dispuesto en este subnumeral.

2.2.6.3.5. La periodicidad de la valoración del activo no puede ser superior al cierre de ejercicio de la entidad aseguradora. Sin embargo, debe actualizarse ante el indicio o la ocurrencia de eventos que puedan alterar considerablemente la valoración del activo, como un incumplimiento de la contraparte en el pago de los cánones de arrendamiento o el valor de la concesión, así como cambios económicos o de mercado que afecten la medición del valor del bien raíz.

2.2.6.3.6. Identificación y ocupación de los bienes raíces productivos en el territorio colombiano.

Cada bien raíz en que se invierta debe identificarse con un solo folio de matrícula inmobiliaria. Si el bien raíz es susceptible de ser fraccionado para su explotación (productividad), sin que lo anterior implique una división de la matrícula inmobiliaria, el cálculo de valoración de la inversión debe tener en cuenta el porcentaje de ocupación del bien raíz y/o las zonas y espacios susceptibles de ser explotados (productivos) pero que no tienen una matrícula inmobiliaria particular.

2.2.6.3.7. Valoración de los activos no productivos. Las inversiones en bienes raíces no productivos deben valorarse conforme a las siguientes instrucciones:

2.2.6.3.7.1. Las entidades aseguradoras deben realizar avalúos comerciales de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 2 del [artículo 2.31.7.1.4](#) del Decreto 2555 de 2010.

El valor del avalúo comercial resultante del inciso anterior debe ser actualizado [anualtrimestralmente](#). Para ello, tratándose de bienes inmuebles destinados a vivienda debe utilizarse el Índice de Precios de Vivienda Usada (IPVU) del Banco de la República. Por otro lado, tratándose de bienes inmuebles con destinación diferente a vivienda, las entidades aseguradoras deben realizar una estimación del valor del bien raíz no productivo de manera [anualtrimestral](#), teniendo en cuenta, como mínimo, el comportamiento de las principales variables macroeconómicas. La metodología de estimación debe estar a disposición de la SFC para su consulta en cualquier momento.

En todo caso, ante el indicio o la ocurrencia de eventos que puedan alterar considerablemente la valoración del bien raíz no productivo, tales como deterioro, cambios económicos y de mercado, las entidades aseguradoras deben incorporarlo en su valoración dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de su conocimiento.

2.2.6.3.7.2. Al valor del bien raíz no productivo resultante de la aplicación del subnumeral anterior, la entidad aseguradora debe aplicarle trimestralmente un ajuste por la iliquidez asociada a dicho activo, para lo cual la entidad debe establecer la metodología para este cálculo y tenerla a disposición de la SFC para su consulta en cualquier momento.

2.2.7. Contabilización de las reservas técnicas

En la contabilización de las reservas técnicas establecida en el [artículo 2.31.4.1.3](#) del Decreto 2555 de 2010, las entidades aseguradoras deben atender las siguientes instrucciones:

2.2.7.1. Contabilización en el activo de las contingencias a cargo de reaseguradoras

Las entidades aseguradoras deben cuantificar y contabilizar en el activo las contingencias a cargo de reaseguradoras, derivadas de los contratos de reaseguro. Para efectos de las instrucciones relacionadas con la contabilización de las reservas técnicas, se entiende como contingencia la porción del riesgo asumida por la reaseguradora, producto de un contrato de reaseguro.

2.2.7.1.1. Metodología para la cuantificación de las contingencias a cargo de reaseguradoras

Las entidades aseguradoras deben utilizar una metodología propia para la cuantificación de las contingencias a cargo de reaseguradoras. Esta metodología y sus correspondientes modificaciones deben ser justificadas y avaladas por el Actuario Responsable. La metodología y la información utilizada deben estar contenidas en un documento técnico, el cual deberá permanecer a disposición de la SFC.

La metodología de cuantificación debe observar los siguientes criterios mínimos

2.2.7.1.1.1 La cuantificación de las contingencias de las reaseguradoras debe hacerse por cada contraparte y por contrato.

2.2.7.1.1.2 El valor de las contingencias a cargo de las reaseguradoras debe reflejar transferencias reales de riesgo a cada reaseguradora, descartando cualquier acuerdo que no implique una asunción de riesgo por parte de cada reaseguradora.

Únicamente pueden reconocerse en el activo las obligaciones de las reaseguradoras derivadas de los contratos de reaseguro para los cuales la entidad aseguradora cuenta con un contrato celebrado con una reaseguradora. En el caso de contratos celebrados a través de intermediarios de reaseguros, sólo pueden contabilizarse aquellos que cumplan lo establecido en el subnumeral 1.6.3 de [este](#) Capítulo, respecto de la aceptación de notas de cobertura suscritas por corredoras de reaseguros

2.2.7.1.1.3. El valor de las contingencias de las reaseguradoras debe ser consistente con el programa de reaseguro de la entidad y las estipulaciones de los contratos de reaseguro tales como prioridades y capas. En el caso de los contratos de reaseguro proporcional, el valor de las contingencias a cargo de la reaseguradora debe corresponder con el porcentaje de cesión estipulado en el contrato de reaseguro.

Para los contratos de reaseguro en los que se establezcan límites de responsabilidad de la reaseguradora o variaciones en su participación en función de los niveles de siniestralidad de la entidad aseguradora u ocurrencia de un evento específico, estas condiciones deben reflejarse en el valor de las contingencias a cargo de las reaseguradoras. En todo caso, únicamente deben reflejarse las obligaciones derivadas de los contratos de reaseguro en los cuales existe transferencia real de riesgo.

Para la reserva de siniestros ocurridos no avisados, la estimación de las contingencias de las reaseguradoras debe calcularse con base en métodos técnicos que contemplen la historia siniestral de la aseguradora.

2.2.7.1.1.4. Consideración de la diferencia temporal entre las fechas en que se efectúen reembolsos por parte de la reaseguradora y los pagos por indemnizaciones que efectúa la entidad aseguradora, aplicando las tasas de interés de la curva cero cupón que determine el proveedor de precios oficial contratado por la entidad aseguradora. Dicha consideración tendrá en cuenta el saldo neto de todos los ingresos y egresos de la entidad aseguradora por contraparte.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.2.7.1.1.5. En caso de que en el contrato de reaseguro se hayan establecido depósitos de reserva retenidos a reaseguradoras, el valor del depósito vigente debe ser descontado en la valoración de las contingencias a cargo de las reaseguradoras.

Las comisiones y participaciones de utilidades que pagará la reaseguradora a la entidad aseguradora, que estén establecidas en el contrato de reaseguro, no se tendrán en consideración al valorar las contingencias a cargo de las reaseguradoras.

2.2.7.1.1.6. Fundamentarse en la estimación del valor esperado de la pérdida por incumplimiento por parte de la reaseguradora. La metodología debe contemplar diferencias entre distintas calificaciones de fortaleza financiera de la reaseguradora, así como aquellas características del subnumeral 1.6.2.1.5. [del presente Capítulo](#), consideradas relevantes por la entidad aseguradora para la celebración del contrato de reaseguro.

2.2.7.1.1.7. La cuantía del deterioro del valor del activo por contingencias a cargo de reaseguradoras cuando se evidencie un cambio en la calificación de fortaleza financiera o variaciones en la pérdida dado el incumplimiento.

2.2.7.2. Revisión de la valoración del activo

La revisión del valor del activo correspondiente a las contingencias a cargo de reaseguradoras debe considerar aspectos tales como vencimientos de los contratos de reaseguros o modificaciones a los mismos, cambios en la calificación de fortaleza financiera del reasegurador, los antecedentes en la ejecución de los contratos de reaseguro y demás circunstancias que consideren que puedan afectar la capacidad de pago de cada reaseguradora.

En caso de que la mencionada revisión lo justifique, la entidad aseguradora debe modificar contablemente el valor del activo por contingencias a cargo del reasegurador. En todo caso, la totalidad de las reservas técnicas, netas del activo por contingencias a cargo de reaseguradoras, deben estar invertidas de acuerdo con las instrucciones del Título 3 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010.

2.2.8. Proceso de inversión y gestión de las inversiones que respaldan las reservas técnicas

Corresponde a la junta directiva de las entidades aseguradoras adoptar una política de inversión, conforme al Anexo 15 del presente Título. La gestión de las inversiones que respaldan las reservas técnicas deberá realizarse de conformidad con las instrucciones señaladas a continuación y las contenidas en el referido Anexo.

2.2.9. Control de límites de inversión

Las entidades aseguradoras deben adoptar procesos y mecanismos que les permitan realizar el control de los límites de inversión tanto internos como legales, de manera que se dé cumplimiento a las disposiciones del artículo 2.31.3.1.1 y siguientes del Decreto 2555 de 2010.

2.2.9.1. Control de los límites de inversiones restringidas

Para el cumplimiento de los límites establecidos en las inversiones que respaldan las reservas técnicas, de que trata el artículo 2.31.3.1.4 del Decreto 2555 de 2010 u otras disposiciones, las entidades aseguradoras de vida deben mantener actualizada la información respecto de la exposición de los vehículos de inversión en activos considerados como inversiones restringidas. Para el efecto, las aseguradoras de vida podrán implementar mecanismos para determinar la exposición real de los vehículos de inversión en inversiones restringidas, siempre que se cumplan las condiciones definidas en el subnumeral 2.2.9.1.1 del presente capítulo. En caso de que no puedan implementar los mecanismos para el cómputo de la exposición de los vehículos de inversión en activos considerados como inversiones restringidas, las entidades aseguradoras de vida deben tomar la máxima exposición permitida en este tipo de inversiones, según la política de inversión establecida en el reglamento del fondo de inversión colectiva o vehículo correspondiente.

Independientemente de la forma como la entidad aseguradora de vida determine la exposición real de los vehículos de inversión en las inversiones restringidas, debe adelantar una revisión periódica de la política de inversión establecida en el reglamento del fondo de inversión colectiva o vehículo correspondiente y demás información relevante para la determinación de la exposición.

2.2.9.1.1. Condiciones de los mecanismos para determinar la exposición real de los vehículos de inversión a las inversiones consideradas como restringidas

2.2.9.1.1.1. Información actualizada. En caso de contar con información actualizada, bien sea por certificaciones expedidas por el administrador del vehículo de inversión o por los mecanismos contractuales dispuestos para la divulgación de la estructura de sus activos, la entidad aseguradora de vida debe realizar el cálculo de su exposición basada en esta información, ponderado por el porcentaje de participación de la entidad en el respectivo vehículo. Se entiende por información actualizada aquella publicada por la sociedad administradora o gestor del vehículo de inversión o conocida por la entidad aseguradora de vida en los últimos 3 meses.

2.2.9.1.1.2. Con el fin de prever los movimientos en las composiciones de los vehículos de inversión y su efecto en el cumplimiento de los límites de inversión internos y legales, el mecanismo para determinar la exposición debe incluir un supuesto que permita realizar la mejor estimación de la exposición real desde la fecha de cálculo del control de los límites hasta la próxima fecha en la cual se dispone de información actualizada.

2.2.9.1.1.3. Ser objeto de revisión por parte de un área o comité designados por la misma política. Los resultados de la aplicación de los mecanismos de que trata el presente subnumeral deben ser objeto de seguimiento trimestral por parte de un área o comité designados por la misma política, de manera tal que este cumpla con su función de velar por el cumplimiento de los límites internos y legales, señalados en el subnumeral 2.8 del Anexo 15 del presente Título.

2.2.9.1.1.4. La política de inversión debe designar el área responsable de la presentación de los informes con los resultados de la aplicación de los mecanismos de que trata el presente subnumeral, quien a su vez estará encargada del control permanente del cumplimiento de los límites de inversión.

2.2.9.1.1.5. Exposición subyacente en el caso de inversiones realizadas a través de fondos de fondos u otros vehículos de inversión mediante los cuales la entidad aseguradora de vida tenga una exposición a inversiones restringidas. En el evento que la entidad aseguradora de vida realice inversiones en fondos de fondos u otros vehículos mediante los cuales tenga una exposición a inversiones restringidas, el mecanismo debe permitir determinar la exposición del fondo subyacente a estas inversiones. En caso de que para el fondo subyacente no se cuente con información actualizada en los términos del subnumeral 2.2.9.1.1.1 precedente, la entidad aseguradora de vida debe tomar la máxima exposición permitida en este tipo de inversiones, según la política de inversión establecida en el reglamento. Para la determinación de la exposición real subyacente al tipo de fondo, el mecanismo debe definir el número de veces que razonablemente la entidad aseguradora debe evaluar los activos subyacentes dentro de la composición de un vehículo de inversión u otro tipo de esquema de inversión indirecta, con el fin de establecer la participación de la entidad en activos considerados como restringidos.

2.2.9.2. Control de los límites de inversiones en activos alternativos

Para el cumplimiento de los límites establecidos para las inversiones que respaldan las reservas técnicas de que tratan los artículos 2.31.3.1.4, 2.31.3.1.5 y 2.31.3.1.7 del Decreto 2555 de 2010 u otras disposiciones que los modifiquen o complementen, las entidades aseguradoras deben mantener actualizada la información respecto de la exposición de los vehículos de inversión en activos considerados como alternativos.

En la determinación de la exposición en activos alternativos realizadas a través de fondos de fondos u otros vehículos de inversión, las entidades aseguradoras deben implementar un mecanismo que les permita determinar la exposición del fondo subyacente a estas inversiones. En el caso de que para el fondo subyacente no se cuente con información actualizada en los términos del subnumeral 2.2.9.1.1.1 precedente, la entidad aseguradora debe tomar la máxima exposición permitida en este tipo de inversiones, según la política de inversión establecida en el reglamento. En la determinación de la exposición subyacente en activos alternativos, el mecanismo debe definir el número de veces que razonablemente la entidad aseguradora debe evaluar los activos subyacentes dentro de la composición de un vehículo de inversión u otro tipo de esquema de inversión indirecta, con el fin de establecer su exposición.

2.3. Asignación de ingresos y egresos por ramo

2.3.1. Definiciones

Para los efectos de este capítulo, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

2.3.1.1. Ingresos y egresos asignables: Aquéllos que estén asociados al resultado técnico de los ramos o a los activos que respaldan las reservas técnicas. Éstos se clasifican en directos e indirectos.

2.3.1.2. Ingresos y egresos no asignables: Aquéllos que no estén relacionados con el resultado técnico o a los activos que respaldan las reservas técnicas de los ramos operados por la entidad aseguradora, tales como multas, sanciones administrativas e indemnizaciones no atadas a las pólizas expedidas por la entidad aseguradora.

2.3.1.3. Ingresos y egresos asignables directos: Aquéllos que se encuentran relacionados de manera específica con los procesos de desarrollo, comercialización, administración y recaudo de los productos asociados a un ramo determinado, así como aquéllos derivados de los activos que respaldan las reservas técnicas de cada ramo.

2.3.1.4. Ingresos y egresos asignables indirectos: Corresponden a ingresos o egresos asignables, los cuales no pueden ser asociados a un ramo específico, por lo cual deben ser distribuidos entre todos los ramos que opere.

2.3.2. Deber de asignación de ingresos y egresos indirectos por ramo

Para efectos del cálculo de las reservas técnicas y para que la información transmitida en los distintos reportes corresponda con la realidad financiera de la operación de los ramos de seguros, las entidades aseguradoras deben distribuir la totalidad de los ingresos y egresos entre los distintos ramos. Para aquellos ingresos y egresos asignables directos, su distribución debe corresponder con el ramo asociado. En el caso de ingresos y egresos asignables indirectos, la entidad aseguradora debe distribuirlos entre los diferentes ramos que opera, con base en una metodología propia o la metodología estándar atendiendo a lo establecido en el subnumeral 2.3.3 de este capítulo, según corresponda.

2.3.3. Metodologías aplicables

2.3.3.1. Metodología Propia

Las entidades aseguradoras pueden aplicar una metodología de distribución de ingresos y egresos asignables indirectos que se adapte a su modelo de negocio. En el evento en que la entidad aseguradora se acoja a una metodología propia, ésta debe ser aprobada por su junta directiva y cumplir con los siguientes criterios para la distribución de los ingresos y egresos asignables indirectos:

2.3.3.1.1. Ser coherente y consistente con su estructura de negocio y con las notas técnicas de sus productos.

2.3.3.1.2. Ser aplicable a todos los ramos sin excepción alguna.

2.3.3.1.3. Ser coherente con lo establecido en las notas de los estados financieros de fin de ejercicio.

2.3.3.1.4. Ser la misma utilizada en la elaboración y presentación de formatos de revelación de información.

Las entidades aseguradoras deben remitir a la SFC el documento técnico que contenga las características de la Metodología Propia. Es deber de las entidades aseguradoras informar y justificar las modificaciones hechas a dicha metodología, actualizar y mantener a disposición de la SFC la documentación correspondiente. En el evento en que se efectúen modificaciones a la Metodología Propia, éstas serán aplicables únicamente a partir del siguiente año fiscal. La SFC puede exigir en cualquier momento a las entidades aseguradoras la adopción de la Metodología Estándar, establecida en el subnumeral 2.3.3.2 de este capítulo.

2.3.3.2. Metodología Estándar

Los ingresos y egresos asignables indirectos deben distribuirse entre los ramos, según la Metodología Estándar aquí establecida, en el evento en que la entidad aseguradora no cuente con una Metodología Propia. La metodología estándar se desarrolla conforme a los siguientes parámetros:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.3.2.2.1. Para los productos que incluyan amparos de múltiples ramos de seguros, los Gastos de Expedición, definidos en el subnumeral 2.2.4.1.2 de este capítulo, se deben distribuir de acuerdo con la participación de cada ramo de conformidad con la nota técnica.

2.3.2.2.2. Los egresos financieros indirectos se distribuirán entre los diferentes ramos de acuerdo con la participación del valor de las inversiones que respaldan las reservas técnicas de cada ramo en el total de inversiones de la entidad aseguradora. Los egresos correspondientes a los activos de libre inversión son egresos no asignables, por lo cual no se deben distribuir entre los ramos. Para distribuir los mencionados egresos, se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

2.3.2.2.2.1. En el caso que sea posible determinar si los egresos financieros indirectos únicamente corresponden a las inversiones que respaldan las reservas técnicas, y no están asociados a los instrumentos de libre inversión, dichos egresos se distribuirán de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$x_i = x * \frac{Inversiones_i}{\sum_{i=1}^n Inversiones_i}$$

Donde:

i: Ramo al que se asignará el egreso financiero. Para *i*=1, 2, 3,..., *n*.
n: Total de ramos que opera la entidad aseguradora.
x_i: Egreso financiero asignado al ramo *i*.
x: Total egreso financiero asignable por distribuir entre *n* ramos.
Inversiones_i: Valor de los activos que respaldan las reservas técnicas del ramo *i*.

2.3.2.2.2.2. Para los egresos financieros indirectos en los que no sea posible determinar si éstos corresponden a las inversiones que respaldan las reservas técnicas o instrumentos de libre inversión, dichos egresos se distribuirán mediante la siguiente fórmula:

$$x_i = x * \frac{Inversiones_i}{(\sum_{i=1}^n Inversiones_i) + InversionesP}$$

Donde:

i: Ramo al que se asignará el egreso financiero. Para *i*=1, 2, 3,..., *n*.
n: Total de ramos que opera la entidad.
x_i: Egreso financiero asignado al ramo *i*.
x: Total egreso financiero indistinguible entre activos de libre inversión y aquellos que respaldan reservas técnicas sujeto a distribuir entre *n* ramos.
Inversiones_i: Valor de los activos que respaldan las reservas técnicas del ramo *i*.
InversionesP: Valor de los activos de libre inversión.

2.3.2.2.3. Los demás egresos, y los ingresos indirectos deben asignarse por separado a cada ramo de acuerdo con su participación ponderada en el total de primas emitidas netas de revocaciones, en el número de pólizas y el número total de siniestros liquidados de la entidad para el periodo de reporte, como se muestra a continuación:

$$x_i = x * [(0.5 * Ppe_i) + (0.25 * (Ppo_i + Ps_i))]$$

Donde:

i: Ramo al que se asignará el ingreso o egreso indirecto. Para *i*=1, 2, 3,..., *n*.
n: Total de ramos que opera la entidad.
x_i: Ingreso o egreso asignado al ramo *i*.
x: Total de ingresos o egresos asignables indirectos por distribuir entre los *n* ramos que opera la entidad aseguradora.

Ppe_i: Participación del ramo *i* en el total de las primas emitidas netas de revocaciones del periodo de la entidad aseguradora.

$$Ppe_i = \frac{Primas emitidas_i}{\sum_{i=1}^n Primas emitidas_i}$$

Ppo_i: Participación del ramo *i* en el número total de pólizas expedidas de la entidad en el periodo.

$$Ppo_i = \frac{Número Pólizas_i}{\sum_{i=1}^n Número Pólizas_i}$$

Ps_i: Participación del ramo *i* en el número total de siniestros liquidados por la entidad en el periodo.

$$Ps_i = \frac{Número siniestros liquidados_i}{\sum_{i=1}^n Número siniestros liquidados_i}$$

3. REGLAS PARTICULARES APLICABLES A CIERTOS RAMOS

3.1. Reglas aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT)

3.1.1. Obligatoriedad de la expedición de pólizas

Las entidades aseguradoras que cuentan con autorización para la explotación del SOAT están obligadas, sin excepción, a aceptar y expedir dicho seguro obligatorio. En tal virtud, cualquier conducta directa o indirectamente tendiente a rechazar la expedición del seguro resulta contraria a la normatividad vigente, y por ende constituye una práctica ilegal. En el evento en que se expida la póliza electrónicamente, las entidades aseguradoras deben tomar medidas para cumplir lo establecido en el Capítulo 47, Título 2, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, respecto de la firma electrónica.

El incumplimiento a las disposiciones que regulan este seguro, compromete directamente la responsabilidad de los directores, administradores y demás funcionarios de la entidad vinculados al manejo de este seguro, en los términos que prevé el [artículo 209](#) del EOSF.

La obligatoriedad de la expedición de la póliza está sujeta a ~~la verificación del interés asegurable del asegurado, cuya existencia podrá constatarse mediante:~~

3.1.1.1. La verificación en línea de la información registrada en el Registro Único Nacional de Tránsito (RUNT), salvo los vehículos de servicio diplomático y los vehículos con placas extranjeras.

3.1.1.2. La exhibición de la licencia de tránsito.

3.1.1.3. ~~La exhibición del~~ El documento equivalente a la licencia de tránsito, donde conste la información que identifique al vehículo objeto del contrato de seguro, en el caso de vehículos extranjeros que ingresen al territorio nacional.

3.1.1.4. La ~~exhibición~~ licencia de importación para los vehículos importados que se desplacen del puerto a los concesionarios para su venta al público.

3.1.1.5. ~~La verificación~~ El medio verificable escogido por la entidad aseguradora en aquellos vehículos que no se ajusten a los casos anteriormente listados.

3.1.2. Control en la expedición mediante mecanismos de mercadeo masivo

Los errores que ocurran en la expedición de las pólizas del SOAT, sean éstos voluntarios o involuntarios, son inoponibles a las víctimas de los accidentes que vayan a ser indemnizadas. Por esta razón, las entidades aseguradoras que tienen autorizada la explotación de este ramo y que utilicen mecanismos de mercadeo masivo, deben adoptar las precauciones y controles necesarios para garantizar la validez de las pólizas y verificar las condiciones de las liquidaciones de las primas generadas por el seguro.

3.1.3. Transferencias de recursos a ~~la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) I-FONSAT~~

Para el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 2 del [artículo 199](#) del EOSF, las entidades aseguradoras deben tener en cuenta las siguientes instrucciones:

3.1.3.1. Transferencia anual de excedentes. Para los efectos del inciso tercero, numeral 2 del [artículo 199](#) del EOSF, la entidad aseguradora debe verificar dentro de los 2 meses siguientes al corte del 31 de diciembre de cada año que el total de las transferencias que haya efectuado durante cada período anual a ~~la ADRES I-fondo del seguro obligatorio de accidentes de tránsito—FONSAT—~~, corresponda cuando menos al 50% de los excedentes de operación del ramo. Si no fuere así, debe transferirse el faltante dentro de los primeros 15 días hábiles del mes de marzo de cada año. El cálculo de los excedentes se determina según la metodología descrita en la ~~proforma correspondiente definida por la SFC proforma F-3000-49 de la SFC (anexo 26 del presente título)~~, para lo cual se debe tener en cuenta que la sumatoria de los valores correspondientes a las operaciones relacionadas con el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, contabilizadas en los códigos asignados en el [CUIFPUC](#) para el sector asegurador, debe ser inferior, o a lo sumo igual al 25% de las primas emitidas durante el período respectivo.

3.1.3.2. Transferencias adicionales a ~~la ADRES I-FONSAT~~. Las transferencias adicionales a que haya lugar por virtud de lo dispuesto en el inciso segundo, numeral 2 del [artículo 199](#) del EOSF se deben realizar en las fechas que para ello determine ~~la ADRES I-FONSAT~~.

3.1.3.3. Instrucciones contables. Las transferencias bimestrales a ~~la ADRES I-FONSAT~~ y las transferencias adicionales, si las hubiere, se deben registrar en los códigos asignados para uno y otro concepto en el [CUIFPUC](#) para el sector asegurador.

En los meses que no se efectúe corte bimestral y en consecuencia no se realicen transferencias a ~~la ADRES I-FONSAT~~, las entidades deben causar la diferencia entre los recursos del 20% establecida en el numeral 2 del [artículo 199](#) del EOSF y el valor de los porcentajes correspondientes a la aplicación de la cobertura del mencionado seguro de la producción emitida en dicho mes, en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto ~~780 de 2016~~ [056 de 2015](#) y la Resolución ~~2709004135~~ [2021](#) de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.1.3.4. Reporte de la información a la SFC. Para tales efectos se deben atender las instrucciones contenidas en la mencionada proforma ~~correspondiente definida por la SFC F-3000-49~~, junto con la ~~prueba fotocopia legible~~ de la consignación de la transferencia con cargo a ~~la ADRES I-FONSAT~~ realizada para el correspondiente bimestre.

3.1.3.5. Reporte anual sobre oportunidad y suficiencia de las transferencias. Para efectos de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo 2, numeral 2 del [artículo 199](#) del EOSF, la ~~ADRES entidad administradora del FONSAT~~, debe remitir a la SFC, dentro de los 2 primeros meses de cada año, un reporte en el que se informe el monto consignado por cada una de las entidades obligadas, indicando además cuáles entidades aseguradoras no efectuaron las transferencias en forma oportuna durante el año inmediatamente anterior. Con base en este reporte la SFC verifica los aportes bimestrales en cuanto a montos y oportunidad.

3.1.4. Condiciones generales de la póliza

Las entidades aseguradoras, para efectos del ofrecimiento y posterior expedición de las pólizas de este seguro, deben tener en cuenta, tanto las coberturas y cuantías establecidas en el [artículo 193 del EOSF](#), como las condiciones generales y especiales previstas para este seguro en el Decreto [780.056 de 2016](#), especialmente en el [artículo 2.6.1.4.4.1 44](#), [así como](#) en el Decreto 019 de 2012, particularmente en el [artículo 112](#), [y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan](#).

De la misma forma son beneficiarios de las prestaciones correspondientes a las indemnizaciones amparadas, los señalados en el numeral 2 del [artículo 2.6.1.4.33](#) del mencionado Decreto [780.056 de 2016](#), quienes deben seguir el procedimiento y acreditar las condiciones establecidas la misma disposición.

3.1.5. Tarifa máxima anual

En desarrollo de la facultad establecida [en el artículo 1 del Decreto 2497 de 2022 modificado por el Decreto 2312 de 2023, y de conformidad con lo previsto](#) en el numeral 5 del artículo 193 del EOSF, en el anexo 1 del presente Capítulo se señalan las tarifas máximas anuales que pueden cobrar las entidades aseguradoras por el SOAT, de acuerdo con las categorías y definiciones contenidas en el mismo.

En el evento en el que se deba expedir una póliza de SOAT a un vehículo que no se ajusta exactamente a la descripción de las categorías definidas en el mencionado anexo 1, las especificaciones de capacidad en número de pasajeros, tonelaje y cilindraje debe regirse por lo señalado en la licencia de tránsito (tarjeta de propiedad) expedida por los organismos de tránsito autorizados por el Ministerio de Transporte. Para vehículos no matriculados, por la factura de compra o ficha técnica del fabricante del vehículo homologada por el Ministerio de Transporte.

De otra parte, y atendiendo a lo dispuesto en el [artículo 1](#) de la Ley 1364 de 2009 respecto de los vehículos importados que se desplacen del puerto a los concesionarios para su venta al público, en la cual se indica que el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito –SOAT– se puede expedir con vigencias inferiores a un año, esta Superintendencia señala que la tarifa máxima para dichas pólizas será el monto que resulte de dividir la tarifa anual del SOAT correspondiente en vigencia(s) mensual(es). En cualquier caso, dicha vigencia nunca podrá ser inferior a 1 mes, y siempre debe corresponder a vigencias en meses completos.

Adicionalmente, y según lo dispuesto en numeral 2 del [artículo 193 EOSF](#), las entidades aseguradoras deberán expedir el SOAT para los vehículos que circulen por las zonas fronterizas con una vigencia inferior a un año. En tal virtud, esta Superintendencia, en desarrollo de la facultad señalada [en el artículo 1 del Decreto 2497 de 2022 modificado por el Decreto 2312 de 2023 y de conformidad con lo previsto](#) en el numeral 5 del artículo 193 del EOSF, determina la tarifa máxima aplicable para dichas pólizas, las cuales deben expedirse con una vigencia de 15 días o de meses enteros, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$Tmax_{i,Ndias} = \frac{Priesgo_{i,Ndias} + G_{i,m}}{(1 - T)}$$

Donde,

$Tmax_i$: corresponde a la tarifa máxima aplicable a la categoría i para una vigencia de $Ndias$ para los vehículos que circulan en zonas fronterizas.

$Priesgo_{i,Ndias}$: corresponde al componente de riesgo para $Ndias$ de vigencia para la categoría i determinado como:

$$Priesgo_{i,Ndias} = \frac{Priesgo_i^{Anual}}{360} * Ndias$$

Donde,

$Priesgo_i^{Anual}$: corresponde a la prima de riesgo anual para la categoría i , determinada como:

$$Priesgo_i^{Anual} = TAnual_i * (1 - T) * (1 - G)$$

Donde,

$TAnual_i$: corresponde a la tarifa máxima anual aplicable a la categoría i , señalada en el Anexo I del Título IV de la Parte de II de la CBJ.

T : corresponde a la suma de los porcentajes de transferencias señalados en la normatividad vigente.

G : corresponde a la suma de los porcentajes de gastos de administración, personal e intermediación señalados en la nota técnica del ramo.

$Ndias$: número de días de vigencia de la póliza. Esta variable solo podrá ser igual a 15 o a un múltiplo entero de 30.

m : número entero de meses de vigencia.

$$m = \begin{cases} 1 & \text{si } Ndias = 15 \\ Ndias/30 & \text{en caso contrario} \end{cases}$$

$G_{i,m}$: corresponde a los gastos de administración, personal e intermediación de la categoría i para meses enteros de vigencia m , calculados de la siguiente manera:

$$G_{i,m} = G * TAnual_i * (1 - T) * \frac{m}{12}$$

Las entidades aseguradoras dispondrán lo pertinente para que se garantice la adecuada y oportuna emisión de las pólizas para los vehículos que circulen por zonas fronterizas, atendiendo lo dispuesto en el presente subnumeral.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para los vehículos que hayan obtenido la clasificación como automóviles antiguos o clásicos la vigencia de dicha póliza no puede ser menor a 1 trimestre.

3.1.6. Registro en el RUNT

Las entidades aseguradoras deben implementar mecanismos para asegurar el registro en el RUNT de la información relativa a la póliza del SOAT. Esta obligación no es aplicable a las pólizas que aseguren vehículos de servicio diplomático o los vehículos con placas extranjeras.

En el evento en que no sea posible el registro de la póliza en el RUNT al momento de su expedición, las entidades aseguradoras contarán con un término de 24 horas a partir de su expedición para registrar la póliza

En ningún caso, los errores en el registro de la póliza en el RUNT eximen a las entidades aseguradoras de cumplir sus obligaciones adquiridas en virtud de un contrato de seguro existente.

3.1.7 Verificación de duplicidad de pólizas

Las entidades aseguradoras deben desarrollar procedimientos que le permitan corroborar al momento del registro de la póliza en el RUNT que no exista duplicidad de amparos y de pago de primas para el vehículo para el cual se adquiere el SOAT, en línea con lo establecido en el numeral 4 del ~~artículo~~ 193 del EOSF. En el caso en que la entidad aseguradora corrobore que existe una póliza vigente, la vigencia de la que se pretende registrar debe iniciar desde el vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada y la entidad aseguradora debe informar al tomador sobre tal modificación.

Las entidades aseguradoras deben incluir una cláusula dentro del contrato que les otorgue el derecho de modificar unilateralmente la vigencia del amparo, exclusivamente en beneficio del consumidor.

3.2. Reglas aplicables al seguro previsional de invalidez y sobrevivientes

El ~~artículo~~ 108 de la Ley 100 de 1993 establece la obligación de las administradoras de fondos de pensiones de suscribir seguros que garanticen los aportes adicionales necesarios para financiar las pensiones de invalidez y sobrevivientes, los cuales deben ser colectivos y de participación. A su vez el ~~artículo~~ 79 de la mencionada ley consagra los planes que pueden expedir las entidades aseguradoras como opciones de pensión para los afiliados de una administradora.

Para garantizar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en la mencionada ley, a continuación se establecen los requisitos mínimos que deben reunir tales pólizas de seguros:

3.2.1. Características de las pólizas. Las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes que contraten las sociedades que administren fondos de pensiones deben ser colectivas y de participación.

Las pólizas se entienden colectivas, para los efectos del presente instructivo, si otorgan cobertura a un número plural de afiliados de la administradora que contrata el seguro.

Las pólizas son de participación si la entidad aseguradora se obliga a repartir utilidades a los afiliados. La entidad aseguradora debe remitir previamente a la SFC las notas técnicas en las cuales se establezcan la forma de cálculo de dicha participación.

3.2.2. Condiciones Generales. Las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes deben ajustarse a los siguientes parámetros:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3.2.2.1. Amparo: Mediante las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes que contraten las sociedades que administren fondos de pensiones, la entidad aseguradora debe otorgar cobertura automática a las personas afiliadas a la administradora y asegurar el pago de las sumas adicionales que sean necesarias para completar el capital que financie el monto de la pensión, originadas por la declaración de invalidez que emitan las entidades a que se refiere el [artículo 142](#) del Decreto 019 de 2012 o el cubrimiento de los aportes adicionales para afiliados no pensionados que generen pensiones de sobrevivientes, en los términos de lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, en cuanto a los requisitos para obtener la pensión de invalidez y sobreviviente.

3.2.2.2. Auxilio funerario: La aseguradora debe reembolsar a la administradora, el valor que ésta haya pagado a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del afiliado, por concepto de auxilio funerario, el cual es equivalente al último salario base de cotización, siempre que no sea inferior a 5 SMMLV, ni superior a 10 veces dicho salario.

3.2.2.3. Exclusiones: La entidad aseguradora puede excluir su responsabilidad solamente en los siguientes eventos:

3.2.2.3.1. Participación del afiliado en guerra civil o internacional declarada o no, motines, rebelión, sedición, asonada y actos terroristas, suspensión de hecho de labores, movimientos subversivos o conmociones populares de cualquier clase.

3.2.2.3.2. Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva derivada o producida con motivo de hostilidades.

3.2.2.3.3. Invalidez provocada intencionalmente.

3.2.2.3.4. Invalidez o muerte originadas en accidente de trabajo o enfermedad laboral, pues no constituyen objeto de cobertura bajo este seguro.

3.2.2.4. Definiciones

3.2.2.4.1. Tomador: La sociedad que administra fondos de pensiones que contrata el seguro de invalidez y de sobrevivientes.

3.2.2.4.2. Asegurado: La persona incorporada al Sistema General de Pensiones –SGP- en los términos del [artículo 15](#) de la Ley 100 de 1993, y las normas que lo reglamentan, mediante su afiliación a la sociedad que administra el fondo de pensiones.

3.2.2.4.3. Inválido: El afiliado declarado como tal conforme al [artículo 38](#) de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamentan, por las entidades a que se refiere el [artículo 142](#) del Decreto 019 de 2012.

3.2.2.4.4. Capital necesario: El definido en los [artículos 70 y 77](#) de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamentan.

3.2.2.4.5. Aporte adicional: El definido en los [artículos 70 y 77](#) de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamentan.

3.2.2.5. Valores asegurados. El seguro debe ser suficiente para cubrir íntegramente los siguientes beneficios:

3.2.3.5.1. Los aportes adicionales necesarios que correspondan a los afiliados declarados inválidos por las entidades correspondientes a que se refiere el [artículo 142](#) del Decreto 019 de 2012.

3.2.3.5.2. Los aportes adicionales necesarios que deben abonarse en las cuentas para afiliados a la administradora no pensionados, que generen pensiones de sobrevivientes.

3.2.3.5.3. El auxilio funerario del afiliado.

3.2.2.6. Prima. La prima del seguro se determina de acuerdo con las tarifas que cumplan los requisitos que señala el numeral 3 del [artículo 184](#) del EOSF y con sujeción a las bases técnicas que señale la SFC en relación con las tablas de mortalidad e invalidez, en los términos del Decreto 656 de 1994. En todo caso, las entidades aseguradoras podrán incluir factores de ajuste en las tablas de mortalidad vigentes, los cuales deben reflejar la experiencia de su cartera de seguros en el país estar y estar debidamente justificados y ser presentados a la SFC para su no objeción en los términos del Decreto 656 de 1994. Siempre que la entidad aseguradora modifique la tarifa de una póliza debe informar de ello a la SFC anexando la nueva nota técnica con los soportes estadísticos que justifiquen el cambio.

3.2.2.7. Pago de la prima. El pago de la prima, que corresponde a la administradora, se debe hacer en la forma que acuerden las partes.

3.2.2.8. Siniestros. Se entiende ocurrido el siniestro al fallecimiento o al momento en que acaezca el hecho que origine la invalidez de un afiliado. No obstante, en este último caso, el asegurador solo está obligado al pago a la declaración en firme de la invalidez.

La entidad aseguradora debe, en caso de declararse la invalidez o de producirse la muerte del afiliado, trasladar a la administradora de fondos de pensiones el aporte adicional que corresponda, dentro de los 2 días hábiles siguientes a aquel en que la administradora presente la reclamación en debida forma.

La administradora de fondos de pensiones en su condición de tomador, debe informar a la aseguradora, dentro de los 2 días siguientes a la presentación de la solicitud de dictamen ante las instancias de que trata el [artículo 142](#) del Decreto 019 de 2012, el capital que a la fecha hubiere en la cuenta de ahorro pensional y el bono pensional a que tenga derecho el afiliado, si es el caso.

3.3. Reglas aplicables al ramo de seguro de pensiones Ley 100

3.3.1. Autorización de planes de pensiones por parte de la Superintendencia

De conformidad con lo previsto en el [artículo 95](#) de la Ley 100 de 1993 y sin perjuicio de lo establecido en el subnumeral 1.1 del presente Capítulo, todo plan de pensiones que se pretenda explotar a través del ramo de seguro de pensiones Ley 100, debe contar con autorización previa de la SFC.

Para tal efecto, en todos los casos se debe remitir un ejemplar con las condiciones aplicables al plan de pensiones, así como la respectiva nota técnica, la cual debe cumplir con los requisitos establecidos en cuanto hace a los modelos de las pólizas, tarifas y notas técnicas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cuando se trate de un plan de pensiones relacionado con una modalidad de pensión distinta de las contempladas en la Ley 100 de 1993, previamente autorizada por la SFC, se deben acreditar los requisitos establecidos en el subnumeral 4.7.2 del Capítulo II, Título III de la Parte II de esta Circular.

De igual forma, cualquier modificación que se pretenda realizar a las condiciones establecidas en el plan de pensiones, sus anexos o a la nota técnica, se debe someter a autorización previa de la SFC.

La SFC en el ejercicio de sus facultades legales puede suspender la autorización del plan de pensiones respectivo en el evento en que la aseguradora decida no cotizar dichos planes de pensiones durante un tiempo igual o superior a 6 meses.

3.3.2. Planes de pensiones

De acuerdo con el [artículo](#) 95 de la Ley 100 de 1993, las entidades autorizadas para actuar como administradoras o aseguradoras del SGP, deben someter a aprobación de la SFC los planes de capitalización y de pensiones que pretendan administrar, los cuales deben comprender todos los riesgos a que hace referencia dicha ley y señalar las condiciones específicas de cada amparo, según lo determina el [artículo](#) 96.

Para garantizar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en los [artículos](#) 95 y 96 de la Ley 100 de 1993, a continuación se establecen los requisitos mínimos que deben reunir las pólizas de seguros:

3.3.2.1. Naturaleza del Seguro. Los planes de renta vitalicia deben adoptar la modalidad de seguros de participación. Las pólizas son de participación, si la entidad aseguradora se obliga a repartir utilidades a los pensionados.

3.3.2.2. Condiciones de los planes para las pólizas de seguro de renta vitalicia. Los planes de pensión que se sometan a aprobación de la SFC deben ajustarse a los siguientes parámetros:

3.3.2.2.1. Seguro de renta vitalicia inmediata

3.3.2.2.1.1. Amparo. En virtud del seguro de renta vitalicia inmediata la entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado una renta mensual vitalicia, de conformidad con lo previsto en el [artículo](#) 80 de la Ley 100 de 1993.

Al fallecimiento del pensionado, la aseguradora debe pagar el auxilio funerario a que se refiere el [artículo](#) 86 de la Ley 100 de 1993 y las pensiones mensuales de sobrevivientes en favor de los beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho.

3.3.2.2.1.2. Definiciones. Para los efectos del presente seguro se entiende por:

3.3.2.2.1.2.1. Afiliado: La persona incorporada al SGP en los términos del [artículo](#) 15 de la Ley 100 de 1993, mediante su afiliación a una sociedad que administre fondos de pensiones.

3.3.2.2.1.2.2. Pensionado: El pensionado o el beneficiario de la pensión de sobrevivientes de un afiliado fallecido que contrate la póliza de renta vitalicia.

3.3.2.2.1.2.3. Rentista: La persona a la cual la entidad aseguradora le paga una renta vitalicia.

3.3.2.2.1.2.4. Beneficiarios: Las personas que cumplan los requisitos señalados en el [artículo](#) 74 de la Ley 100 de 1993 y que figuren como tales en las condiciones particulares de la póliza.

3.3.2.2.1.3. Irrevocabilidad. Sin perjuicio de lo dispuesto en el EOSF sobre cesión de activos, pasivos y contratos y demás normas relativas al funcionamiento de las instituciones financieras, y de lo previsto en el [artículo](#) 70 de la Ley 100 de 1993 sobre cesación del estado de invalidez, ninguna de las partes puede poner término anticipado al contrato de renta vitalicia inmediata, el cual debe permanecer vigente hasta la muerte del pensionado o del último de sus beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivientes, si los hubiere.

3.3.2.2.1.4. Designación de beneficiario. Los beneficiarios deben ser individualizados en las condiciones particulares de la póliza. Si con posterioridad surgen otras personas con derecho a pensión de sobrevivientes, se deben recalcular las pensiones determinadas inicialmente incluyendo a todos los beneficiarios de acuerdo con la Ley. Dicho recálculo se debe efectuar en función de la reserva matemática que mantenga la entidad aseguradora al momento de acreditarse los nuevos beneficiarios.

3.3.2.2.1.5. Prima. La prima es única, pagadera una sola vez por la sociedad que administre el fondo de pensiones en la cual se encuentra el afiliado. Con cargo a dicha prima solo se otorgan los beneficios señalados en los [artículos](#) 80 y 86 de la Ley 100 de 1993.

Lo anterior no obsta para que la aseguradora otorgue beneficios adicionales, previa aprobación de la SFC.

3.3.2.2.1.6. Reajuste de valores. Las pensiones mensuales que otorga la póliza se reajustan en los términos que señala el [artículo](#) 14 de la Ley 100 de 1993.

3.3.2.2.1.7. Monto de pensiones. Las pensiones que se determinen en virtud de un seguro de renta vitalicia inmediata deben ser uniformes en términos de poder adquisitivo constante y no pueden ser contratadas por valores inferiores a la pensión mínima de vejez vigente del momento.

Las pensiones de sobrevivientes equivalen a los porcentajes establecidos en el [artículo](#) 48 de la Ley 100 de 1993.

3.3.2.2.1.8. Ajustes de prima y pensiones. Si por efecto de las variaciones que sufran el valor de la unidad real UVR y la cuota del fondo de pensiones, entre la fecha de contratación del seguro y la del pago efectivo de la cuenta individual del afiliado se produce alguna discrepancia entre el monto convenido y el valor realmente traspasado por la administradora a la entidad aseguradora, se deben ajustar los valores de la prima única y de las pensiones, de acuerdo con lo realmente percibido por el asegurador, manteniéndose en todo caso, los mismos criterios y parámetros utilizados en el cálculo original.

3.3.2.2.1.9. Pago de pensiones. Las pensiones que se devenguen en virtud de esta póliza comienzan a pagarse a más tardar dentro del mes calendario siguiente a la fecha de vigencia inicial, o de la fecha en que el beneficiario acredite la muerte del pensionado que recibe pensión de vejez o de invalidez, si se trata de pensiones de sobrevivientes.

Las pensiones se deben pagar el día y lugar que convengan las partes y no devengan intereses ni reajustes por atrasos en su cobro, que sean imputables al pensionado o beneficiario. A falta de estipulación expresa, el pago se debe efectuar el día

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

20 de cada mes o siguiente día hábil si aquel no fuere hábil, en la oficina de la aseguradora más cercana al domicilio del pensionado o beneficiario, según el caso. Las pensiones de sobrevivientes de los hijos incapaces del pensionado fallecido se deben pagar a quien los represente legalmente.

3.3.2.2.1.10. Auxilio funerario. La aseguradora debe pagar por una sola vez a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del pensionado, un auxilio funerario equivalente al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, la cual no debe ser inferior a 5 SMMLV, ni superior a 10 veces dicho salario.

3.3.2.2.1.11. Fecha de vigencia inicial. Este seguro tendrá vigencia a partir de la fecha en que se efectúe el traspaso de la prima única por parte de la administradora de fondos de pensiones a la cual se encuentre incorporado el afiliado.

Las pensiones de vejez y de invalidez se devengan a partir del primer día del mes en que entre en vigencia la póliza, y las pensiones de sobrevivientes causadas por un pensionado fallecido, se devengan a partir de la fecha de su muerte.

No se deben pagar las pensiones de sobrevivientes señaladas en el inciso anterior, en el mismo mes en que se paguen pensiones de vejez o invalidez.

3.3.2.2.1.12. Liberalidad de condiciones. La póliza no puede imponer a los asegurados o beneficiarios restricciones en cuanto a residencia, profesión, oficio, cargo o actividad en general.

3.3.2.2.2. Seguro de renta vitalicia diferida

3.3.2.2.2.1. Amparo. En virtud del seguro de renta vitalicia diferida, la entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado una renta vitalicia mensual, a partir de la fecha determinada en las condiciones particulares de la póliza, de conformidad con lo establecido en el [artículo](#) 82 de la Ley 100 de 1993.

Al fallecimiento del pensionado, la aseguradora debe pagar el auxilio funerario a que se refiere el [artículo](#) 86 de la Ley 100 de 1993 y las pensiones mensuales de sobrevivientes en favor de los beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho.

3.3.2.2.2.2. Pago de las pensiones. Las pensiones que se devenguen en virtud de esta póliza comienzan a pagarse a más tardar dentro del mes calendario siguiente a la fecha en que se vence el período de diferimiento convenido. En el evento en que el afiliado fallezca devengando la renta por cuenta de la aseguradora, los beneficiarios deben recibir los pagos dentro del mes siguiente a la fecha en que estos acrediten la muerte del pensionado, sin perjuicio de las pensiones que se devenguen desde la fecha del fallecimiento, no pudiendo en un mismo mes pagarse simultáneamente pensiones al asegurado y a sus beneficiarios.

Las pensiones se pagan en el día y lugar que convengan las partes y no devengan intereses ni reajustes por atraso en su cobro, que sean imputables al pensionado o beneficiario. A falta de estipulación en contrario, el pago se debe efectuar el día 20 de cada mes o siguiente día hábil si aquel no fuere hábil, en la oficina de la aseguradora más cercana al domicilio del pensionado o beneficiario, según el caso.

Las pensiones de sobrevivientes de los hijos incapaces del pensionado fallecido se deben pagar a quien los represente legalmente.

3.3.2.2.2.3 Fecha de vigencia inicial. Este seguro entra en vigencia a partir de la fecha en que se haya efectuado el traspaso de la prima única por parte de la administradora a la cual se encuentre incorporado el afiliado.

Las pensiones se devengan a partir de la fecha convenida entre el asegurado y la aseguradora, señalada en las condiciones particulares de la póliza.

No se deben pagar las pensiones de sobrevivientes señaladas en el inciso anterior en el mismo mes en que se paguen pensiones de vejez o invalidez.

3.3.2.2.2.4. Anticipo de las pensiones. El asegurado puede anticipar la fecha a partir de la cual la aseguradora debe iniciar el pago de la renta vitalicia diferida, siguiendo alguno de los siguientes procedimientos:

3.3.2.2.2.4.1. Disminuyendo el monto de la renta convenida, la cual no puede ser inferior a la pensión mínima de vejez vigente.

3.3.2.2.2.4.2. Pagando una prima adicional con cargo al saldo que se mantuviere en las cuentas individuales de ahorro pensional en la sociedad que administre el fondo de pensiones en que se encuentre afiliado.

3.3.2.2.2.4.3. Una combinación de los anteriores.

3.3.2.2.2.5. Aplicación de otras condiciones. A las pólizas de renta vitalicia diferida le son aplicables en lo pertinente las previsiones contenidas en el subnumeral 3.3.2.2. del presente Capítulo.

3.3.2.2.2.6. Reclamaciones. Los trámites o reclamaciones que deben formularse ante la entidad aseguradora en virtud de los planes de pensiones aquí regulados, son realizadas por la administradora a nombre del pensionado, hasta la contratación de la renta vitalicia, momento en el cual las reclamaciones deben hacerse directamente a la aseguradora por parte del pensionado, a menos que la reclamación conlleve responsabilidad de la AFP, en cuyo caso ésta debe intervenir a fin de salvaguardar los intereses del pensionado.

3.4. Reglas aplicables al seguro de riesgos laborales

3.4.1. Autorización del ramo

En las solicitudes de autorización para la operación del ramo de seguro de riesgos laborales deben acreditarse, además de los requerimientos señalados en la ley y en el subnumeral 1.1 del presente Capítulo, salvo lo dispuesto en relación a la remisión del modelo de póliza, los siguientes:

3.4.1.1. Capacidad Administrativa. Se deben acreditar ante la SFC las medidas que se hayan adoptado para efectuar el control estadístico a que alude el [artículo](#) 61 del Decreto 1295 de 1994 o la norma que lo sustituya.

3.4.1.2. Capacidad humana y técnica especializada suficiente para cumplir adecuadamente con la administración del Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL.

Prestación de servicios de promoción y prevención. Se debe detallar la conformación, dentro de la estructura organizacional de la entidad, de un departamento de prevención de riesgos laborales que cumpla las funciones establecidas en el [artículo 11](#) de la Ley 1562 de 2012. Esta explicación debe contener, por lo menos, una descripción de la estructura organizacional que la entidad aseguradora ha definido para cumplir con estas funciones, así como el perfil de las personas que desarrollarán funciones dentro de la estructura planteada para tales fines.

En caso de que se decida prestar estos servicios mediante el concurso de terceras personas, éstas deben contar con licencia expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de servicios de salud ocupacional a terceros, de conformidad con el [artículo 23](#) de la citada Ley 1562, para lo cual se hace necesario informar dicha circunstancia con precisión del acto por el cual se autorizó, así como del contrato o arreglo suscrito con la entidad para la prestación de estos servicios.

3.4.2. Administración del sistema de riesgos laborales

3.4.2.1. Vinculación y desvinculación al SGRL

3.4.2.1.1. Afiliación. La afiliación al SGRL se debe efectuar mediante el diligenciamiento del formulario único de afiliación, retiro y novedades de trabajadores y contratistas al sistema, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dichos formularios constituyen el correspondiente contrato entre la administradora de riesgos laborales y el empleador en cada caso.

La afiliación se entiende perfeccionada el día calendario siguiente a aquél en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora de riesgos laborales respectiva, sin que se requiera documento, contrato o confirmación adicional alguna; sin perjuicio, de la facultad que asiste a la entidad administradora de riesgos laborales de determinar, con posterioridad a la afiliación, si ésta corresponde a la clasificación real.

Cuando se trate de afiliación de ingreso al SGRL, la cobertura se inicia desde la fecha de perfeccionamiento de la afiliación. En los casos de traslado de administradora de riesgos laborales, la cobertura se inicia desde el primer día del mes siguiente a aquél en que el traslado se produjo, conservando la empresa que se traslada la clasificación y el monto de la cotización por los siguientes 3 meses.

Sin perjuicio del perfeccionamiento de la afiliación y vigencia de las coberturas - a que se refieren los [artículos 2.2.4.2.1.3 del Decreto 1072 de 2015](#) -~~artículos 6 del Decreto 1772 de 1994~~ y 33 del Decreto 1295 de ~~1994~~ mismo año, modificado por el [artículo 21](#) de la Ley 776 de 2002, la entidad administradora de riesgos laborales debe hacer entrega al empleador, dentro de los 15 días siguientes al del recibo del formulario, de un ejemplar del formulario de afiliación firmado por el representante legal de la administradora.

3.4.2.1.2. Novedades Empleador – Centros de Trabajo. En el formulario “Novedades empleador - Centros de trabajo”, contenido bajo la proforma B.3000-05 se deben incorporar las novedades relacionadas con el empleador y los centros de trabajos, indicando en cada caso el código que corresponda. Este formulario se debe tramitar únicamente cuando se presente alguna de dichas novedades. (Anexo 43 del presente título)

3.4.2.1.3. Relación de beneficiarios. Para efectos de la relación de beneficiarios se debe diligenciar el formulario único “Beneficiarios de trabajadores afiliados”, proforma B.3000-03, el cual debe ser distribuido gratuitamente por las administradoras de riesgos laborales a los empleadores al momento de su afiliación por primera vez al sistema. (Anexo 41 del presente título)

Los formularios de beneficiarios de los trabajadores afiliados no se requieren para que se entienda efectuada y perfeccionada la afiliación, en consecuencia, deben ser entregados al empleador, quien puede diligenciarlos con posterioridad a la afiliación.

En los casos de traslado de administradora de riesgos laborales, el empleador no debe diligenciar nuevamente los formularios de beneficiarios, cuando éstos se encuentren ya debidamente diligenciados.

Con excepción de lo dispuesto en el inciso 2, [artículo 46](#) del Decreto 1406 de 1999, el empleador debe mantener en sus archivos a disposición de las administradoras, tanto los formularios como todos los documentos que acrediten la condición legal de beneficiarios y suministrarlos debidamente actualizados en caso de invalidez o muerte del trabajador, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la solicitud de la administradora.

3.4.2.2. Liquidación de aportes al SGRL

Es obligación de todo aportante, presentar mensualmente la declaración de autoliquidación de las cotizaciones al SGRL e incorporar allí las novedades ocurridas durante el período, de acuerdo con las normas que reglamenten el sistema unificado de aportes al régimen de seguridad social integral, de manera específica en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

3.4.2.3. Traslado de administradora de riesgos laborales. Los traslados entre administradoras de riesgos laborales se rige por lo dispuesto en el [artículo 2.2.4.2.1.4. del Decreto 1072 de 2015](#) -~~7 del Decreto 1772 de 1994~~ y el [artículo 33](#) del Decreto 1295 del ~~1994~~ mismo año, modificado por el [artículo 21](#) de la Ley 776 de 2002, parágrafo del [artículo 2](#) de la Ley 828 de 2003 y demás disposiciones complementarias.

3.4.2.4. Dentro de los 10 días siguientes al recibo de la comunicación, la administradora de riesgos laborales debe expedir al empleador constancia de afiliación en la que se contenga la siguiente información:

3.4.2.4.1. Nombre o razón social del empleador y cédula de ciudadanía o número de identificación tributaria.

3.4.2.4.2. Número del formulario de afiliación.

3.4.2.4.3. Vigencia de la afiliación, indicando las fechas de inicio y terminación de la misma.

3.4.2.4.4. Número de trabajadores afiliados a la fecha de expedición de la constancia.

3.4.2.4.5. Relación de los centros de trabajo del empleador, indicando para cada uno la clasificación de acuerdo con las normas legales vigentes y la tarifa con base en la cual se determina el monto de la cotización a la fecha de expedición de la constancia.

3.4.2.4.6. Estado de cuenta del empleador, que corresponde al informe sobre si se encuentra al día en el pago de las cotizaciones en la fecha de expedición de la constancia. En caso contrario, sobre los períodos por los que se encuentre en mora.

La no expedición oportuna de la constancia de afiliación a la que se refiere el presente numeral, da lugar a las responsabilidades del caso por impedimento o dilación a la libertad de escoger la entidad administradora de riesgos laborales.

3.4.2.4.7. Información a los trabajadores afiliados. Las entidades administradoras de riesgos laborales deben promover el conocimiento por parte de los trabajadores afiliados de las características y operación del SGRL, mediante cartillas, que deben ponerse a disposición de los trabajadores sin costo alguno.

3.4.3. Reserva de enfermedad laboral

Las entidades aseguradoras autorizadas para la operación del ramo de riesgos laborales deben constituir una reserva técnica acorde con el riesgo del ramo, atendiendo para el efecto las disposiciones contenidas en los ~~artículos~~ artículos. 2.31.4.4.4, 2.31.4.4.5., 2.31.4.4.7. y 2.31.4.4.8 del Decreto 2555 de 2010.

3.4.4. Pago de comisiones de intermediación

En virtud de lo dispuesto en el inciso 2 del parágrafo 5 del artículo 11 de la Ley 1562 de 2012, la remuneración a favor de los intermediarios de seguros se debe sufragar con cargo a los recursos propios de las ARL, en consecuencia, la junta directiva de estas entidades o el órgano que haga sus veces, debe adoptar políticas y procedimientos que aseguren el cumplimiento de dicha norma y permitan verificar en todo momento la trazabilidad del origen de los recursos con cargo a los cuales se sufraguen las comisiones de intermediación. Las políticas adoptadas deben garantizar el cumplimiento de la destinación específica de los recursos del SGRL prevista en el artículo 31 de la ley 1562 de 2012.

3.4.5. Auditoría médica

Para efectos de atender las reclamaciones, la entidad aseguradora debe contar con un sistema de auditoría médica interna o externa, en los mismos términos en que lo dispone el subnumeral 3.5.1 del presente capítulo.

3.4.6. Reserva de desviación de siniestralidad

Para la determinación de la reserva de desviación de siniestralidad de que trata el artículo 2.31.4.5.1 del Decreto 2555 de 2010, las entidades aseguradoras deben adoptar metodologías y modelos y hacer supuestos razonables.

La información descrita a continuación hace parte del procedimiento de cálculo de la reserva de desviación de siniestralidad, debe constar en la nota técnica y ser analizada por el Actuario Responsable conforme a lo establecido en el subnumeral 6.3.2.1 del presente Capítulo. En cumplimiento de lo dispuesto en el presente subnumeral, las entidades deben documentar y mantener a disposición la información empleada, incluyendo las modificaciones a las metodologías, junto con su sustento técnico e impactos.

3.4.6.1. Metodología de cálculo

Las entidades aseguradoras deben calcular la reserva de desviación de siniestralidad dentro del mes siguiente a la suscripción o renovación del programa de reaseguro, a partir de lo cual deben calcularla como mínimo cada 6 meses. Cuando se presente un cambio súbito y sustancial en la composición de la cartera y/o su siniestralidad, las entidades aseguradoras deberán calcular nuevamente la reserva en un plazo prudente que no exceda los 15 días siguientes a la fecha en la cual se conoció el cambio. En caso de que deban ajustarse las condiciones del programa de reaseguro por cambios en la composición de la cartera durante la vigencia de los contratos de reaseguro, la entidad aseguradora debe calcular nuevamente la reserva de desviación de siniestralidad dentro del mes siguiente al ajuste del programa de reaseguro.

La metodología de cálculo de la reserva de desviación de siniestralidad del ramo de riesgos laborales es la siguiente:

$$RDS = Max(MRA; MPRI; MPPE) + PEENC$$

Donde,

RDS: Corresponde a la Reserva Técnica de Desviación de Siniestralidad.
MRA: Corresponde a la Máxima responsabilidad probable a cargo de la entidad aseguradora.
MPRI: Corresponde a la Máxima Prioridad pactada en el contrato de reaseguro catastrófico.
MPPE: Corresponde a la Máxima Pérdida Probable por los Eventos Catastróficos Excluidos en el contrato de reaseguro catastrófico.
PEENC: Corresponde a la Pérdida Esperada durante la vigencia del contrato de reaseguro a cargo de la entidad aseguradora por siniestros atípicos.

3.4.6.1.1. Las anteriores variables se determinan conforme a las siguientes fórmulas:

3.4.6.1.1.1. La máxima responsabilidad a cargo de la entidad aseguradora (MRA), calculada de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$MRA = Max(RA_i)_{i \in I}$$
$$RA_i = (MPC_i - CAP_i)$$

Donde,

RA_i: Corresponde a la responsabilidad de la entidad aseguradora por el evento *i*.
i: Corresponde al i-ésimo evento, del conjunto de eventos (*I*) determinados en el subnumeral 1.6.4.2.1 del presente capítulo que están cubiertos por el contrato de reaseguro catastrófico.
MPC_i: Corresponde a la máxima pérdida probable por el evento *i*.
CAP_i: Corresponde a la capacidad de los contratos de reaseguro para el evento *i*. En caso de que la entidad aseguradora cuente con un contrato de reaseguro por riesgo y evento, esta variable se determinará como la capacidad total del contrato descontando el monto total de los siniestros esperados que afectarán el contrato de reaseguro por riesgo incluyendo los siniestros atípicos. La estimación de estos siniestros esperados debe realizarse a partir de modelos técnicamente sustentados y basarse en la experiencia de siniestros propia de la entidad aseguradora. En

todo caso podrán realizarse supuestos propios razonables contruidos a partir de información del mercado colombiano y/o de otros mercados con características comparables. En estos supuestos deben asumirse cargos adicionales por incertidumbre.

3.4.6.1.1.2. La Máxima Prioridad pactada en el contrato de reaseguro catastrófico (*MPRI*), calculada de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$MPRI = \text{Max}(PRI_i)_{i \in I}$$

Donde,

PRI_i: Corresponde a la prioridad del contrato de reaseguro para el evento *i*, adicionando el monto correspondiente a cualquier otra cláusula o condición del contrato de reaseguro catastrófico por la cual se pongan a cargo de la entidad aseguradora porciones adicionales de indemnización, como en el caso de los deducibles agregados, entre otros.

i: Corresponde al *i*-ésimo evento, del conjunto de eventos determinados en el subnumeral 1.6.4.2.1 del presente capítulo que están cubiertos por el contrato de reaseguro catastrófico.

3.4.6.1.1.3. La Máxima Pérdida Probable por los Eventos Catastróficos Excluidos en el contrato de reaseguro catastrófico (*MPPE*), calculada de la siguiente manera:

$$MPPE = \text{Max}(PEE_j)_{j \in J}$$

Donde,

PEE_j: Corresponde a la máxima pérdida probable por el evento *j* excluido en el contrato de reaseguro catastrófico.

j: Corresponde al *j*-ésimo evento, del conjunto de eventos determinados en el subnumeral 1.6.4.2.1 del presente capítulo que están excluidos de la cobertura del contrato de reaseguro catastrófico.

3.4.6.1.1.4. La pérdida esperada durante la vigencia del contrato de reaseguro a cargo de la entidad aseguradora por siniestros atípicos (*PEENC*), se determina como se muestra en la siguiente ecuación. En caso que la entidad aseguradora cuente con un contrato de reaseguro por riesgo y evento esta variable tomará el valor de cero.

$$PEENC = \sqrt{\sum_{k \in H} (\sum_{h \in H} \rho_{h,k} * PN_h * PN_k)}$$
$$PN_h = \text{max}(MPENC_h - CAPNP_h; 0)$$
$$PN_k = \text{max}(MPENC_k - CAPNP_k; 0)$$

Donde,

MPENC_h: Corresponde a la máxima pérdida esperada modelada para un evento *h* que da lugar a un siniestro atípico.
h: Corresponde al *h*-ésimo evento que da lugar a un siniestro atípico esperado durante la vigencia del contrato de reaseguro, del conjunto de eventos (*H*) determinados en el subnumeral 1.6.4.2.1. y modelados de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1.2.3. del presente capítulo.

MPENC_k: Corresponde a la máxima pérdida esperada modelada para un evento *k* que da lugar a un siniestro atípico.
k: Corresponde al *k*-ésimo evento que da lugar a un siniestro atípico esperado durante la vigencia del contrato de reaseguro, del conjunto de eventos (*H*) determinados en el subnumeral 1.6.4.2.1. y modelados de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1.2.3. del presente capítulo.

CAPNP_h: Corresponde a la capacidad de los contratos de reaseguro para el evento *h* cubierto en el contrato de reaseguro.

CAPNP_k: Corresponde a la capacidad de los contratos de reaseguro para el evento *k* cubierto en el contrato de reaseguro.

ρ_{h,k}: Coeficiente de correlación entre el evento *h* y el evento *k*. Se define *ρ_{h,k}* = 1, para todo *h, k*. Esto sin perjuicio de que las entidades aseguradoras puedan utilizar modelos de medición propios o de industria para el cálculo de las correlaciones entre los diferentes eventos, siempre y cuando se presenten a consideración previa de la SFC.

PN_h: Corresponde a la máxima pérdida neta esperada modelada para un evento *h* que da lugar a un siniestro atípico.

PN_k: Corresponde a la máxima pérdida neta esperada modelada para un evento *k* que da lugar a un siniestro atípico.

3.4.6.1.2. Para la cuantificación de las pérdidas esperadas y/o probables señaladas en las fórmulas anteriores, las entidades aseguradoras deben aplicar los siguientes criterios técnicos:

3.4.6.1.2.1. Para el cálculo de la máxima responsabilidad probable a cargo de la entidad aseguradora (*MRA*), las entidades aseguradoras deben cuantificar la máxima pérdida probable para cada uno de los eventos (*MPC_i*), conforme al subnumeral 1.6.4.2.1 del presente Capítulo.

La entidad aseguradora debe tomar la *MPC_i* y descontar la capacidad del contrato de reaseguro para dicho evento (*CAP_i*). La capacidad de los contratos de reaseguro catastrófico debe ser ajustada por el riesgo de contraparte de los reaseguradores participantes. Para el cálculo del ajuste por riesgo de contraparte, la entidad aseguradora debe emplear una metodología que cumpla con las instrucciones del subnumeral 2.2.7 del presente capítulo.

Cuando la entidad aseguradora haya amparado múltiples ramos de seguro bajo un mismo contrato de reaseguro, no debe deducir el 100% de la capacidad de los contratos. Para determinar la proporción de la capacidad de los contratos de reaseguro que podrá descontarse, la entidad debe estimar la pérdida probable y probabilidad de afectación de los contratos de reaseguro por eventos correspondientes a los ramos distintos de riesgos laborales, conforme al subnumeral 1.6.4.2.1.4 del presente Capítulo.

Por último, la entidad aseguradora debe seleccionar la máxima responsabilidad a su cargo.

3.4.6.1.2.2. La entidad aseguradora debe identificar y cuantificar la máxima pérdida probable por cada uno de los eventos catastróficos no amparados en el contrato de reaseguro (PEE_j), de acuerdo con lo establecido en el subnumeral 1.6.4.2.1.2 del presente Capítulo. Por último, la entidad aseguradora debe seleccionar la máxima pérdida probable por estos eventos (MPPE).

3.4.6.1.2.3. Para el cálculo de la *PEENC* las entidades aseguradoras deben identificar y cuantificar la pérdida esperada de aquellos eventos no catastróficos de baja frecuencia y alta severidad que pueden causar desviaciones en la siniestralidad esperada del ramo, de acuerdo con los siguientes criterios:

3.4.6.1.2.3.1. La entidad aseguradora debe modelar el número de siniestros atípicos que pueden afectar la cartera durante la vigencia del contrato de reaseguro y el costo esperado bruto de cada uno de estos eventos. No será admisible tomar como referencia el costo promedio de los siniestros, considerando que se pretende identificar aquellos que por sus características pueden superar las condiciones o límites pactados en los contratos de reaseguro operativo por riesgo.

3.4.6.1.2.3.2. Debe basarse en la experiencia de siniestros propia de la entidad aseguradora. La entidad debe emplear una base de datos con un historial de siniestros de al menos 10 años. Cuando la entidad disponga de más información debe emplearla. En todo caso, las entidades podrán incorporar supuestos propios razonables los cuales deben ser contruidos a partir de información del mercado colombiano y/o de otros mercados con características comparables. Las entidades aseguradoras que inicien la operación del ramo o que estén en el periodo requerido para acumular la experiencia de siniestros solicitada, deben basarse en la información histórica que han acumulado a la fecha de cálculo y supuestos propios razonables. Los supuestos propios razonables deben ser contruidos a partir de información del mercado colombiano y/o de otros mercados con características comparables. En todo caso, en estos supuestos deben asumirse cargos adicionales por incertidumbre.

3.4.6.1.2.3.3. En caso de que la entidad aseguradora haya variado la composición o perfil de la cartera a la fecha de cálculo frente a la experiencia histórica, en la metodología de cálculo debe incorporar un parámetro o variable que reconozca la incertidumbre asociada a cambios en la composición de la cartera.

3.4.6.1.2.3.4. Para cada uno de los siniestros modelados, la entidad aseguradora debe descontar la capacidad de los contratos de reaseguro.

La capacidad de los contratos de reaseguro debe ser ajustada por el riesgo de contraparte de los reaseguradores participantes. Para el cálculo del ajuste por riesgo de contraparte, la entidad aseguradora debe emplear una metodología que cumpla con las instrucciones de los subnumerales 2.2.7 y siguientes del presente capítulo.

Las entidades aseguradoras podrán descontar de la pérdida esperada de eventos no catastróficos, la capacidad de los contratos de reaseguro que se asocien al ramo de riesgos laborales. Cuando la entidad aseguradora haya amparado múltiples ramos de seguro, no podrá deducir el 100% de la capacidad de los contratos de reaseguro suscritos. Para determinar la proporción de la capacidad de los contratos de reaseguro que podrá descontar, la entidad debe estimar la pérdida esperada y probabilidad de afectación de los contratos de reaseguro por eventos correspondientes a los ramos distintos de riesgos laborales, conforme al subnumeral 1.6.4.2.1.4 del presente Capítulo.

Para poder descontar la capacidad de los contratos de reaseguro (*CAPNP*) la entidad aseguradora debe llevar a cabo modelaciones que permitan determinar la suficiencia del contrato de reaseguro, para lo cual debe adoptar una metodología actuarial que proyecte los siniestros que afectarán la cartera de la entidad aseguradora y los contratos de reaseguro de exceso de pérdida operativo por riesgo. La metodología empleada en la modelación debe evaluar distintos escenarios de afectación del contrato de reaseguro, de manera tal que se verifiquen las condiciones de dicho contrato. Por ejemplo, para el caso de los contratos operativos por riesgo se debe verificar la suficiencia del límite agregado anual.

3.4.6.1.2.3.5. La *PEENC* debe corresponder a la raíz cuadrada de la sumatoria de los montos a cargo de la entidad aseguradora correlacionados, determinados de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1.2.3.4. del presente capítulo.

3.4.6.2. Constitución de la reserva

Trimestralmente las entidades aseguradoras deben destinar el 4% de las primas retenidas durante dicho periodo para la constitución de la reserva de desviación de siniestralidad, de manera progresiva hasta alcanzar el techo o límite de acumulación. En todo caso, las entidades aseguradoras deben acreditar como mínimo un saldo de la reserva de desviación de siniestralidad equivalente al:

$$Max(MRA; MPRI; MPPE)$$

MRA: Corresponde a la Máxima responsabilidad probable a cargo de la entidad aseguradora, definida en el subnumeral 3.4.6.1.1.1 anterior.

MPRI: Corresponde a la Máxima Prioridad Pactada en el contrato de reaseguro catastrófico, definida en el subnumeral 3.4.6.1.1.2 anterior.

MPPE: Corresponde a la Máxima Pérdida Probable por los Eventos Catastróficos Excluidos en el contrato de reaseguro catastrófico, definida en el subnumeral 3.4.6.1.1.3 anterior.

3.4.6.3. Techo o límite de acumulación

El techo o límite superior de acumulación corresponderá al máximo entre: i) el monto calculado de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1 del presente capítulo y ii) la mitad de las primas emitidas durante los últimos 12 meses, descontando la capacidad de los contratos de reaseguro catastrófico.

Cuando la entidad aseguradora haya amparado múltiples ramos de seguro bajo un mismo contrato de reaseguro, no podrá deducir el 100% de la capacidad de los contratos de reaseguro catastrófico. Para determinar la proporción de la capacidad de los contratos de reaseguro que podrá descontar, la entidad aseguradora debe estimar la pérdida probable y probabilidad de afectación de los contratos de reaseguro por eventos correspondientes a los ramos distintos de riesgos laborales, conforme al subnumeral 1.6.4.2.1.4 del presente Capítulo. La capacidad de los contratos de reaseguro debe ser ajustada por el riesgo de contraparte de los reaseguradores participantes. Para el cálculo del ajuste por riesgo de contraparte, la entidad aseguradora debe emplear una metodología que cumpla con las instrucciones de los subnumerales 2.2.7 y siguientes del presente capítulo.

3.4.6.4. Liberación de la reserva

Las entidades aseguradoras podrán liberar la reserva de desviación de siniestralidad para el pago de siniestros que por su monto o naturaleza puedan justificadamente ser considerados de baja frecuencia y alta severidad conforme lo señalado en el artículo 2.31.4.5.1 del Decreto 2555 de 2010. Adicionalmente, las entidades aseguradoras que acrediten excesos podrán liberarlos, siempre y cuando presenten a consideración previa de la SFC las metodologías de cálculo del monto a liberar.

En caso de que la entidad aseguradora libere total o parcialmente esta reserva para el pago de siniestros debe restituir dichos recursos dentro de un plazo razonable, siempre que presente a consideración previa de la SFC un plan de restitución.

En caso de que la entidad aseguradora modifique la composición de la cartera por encontrarse adelantando un proceso de salida del mercado, debe presentar a consideración previa de la SFC un plan de liberación gradual de la reserva de desviación de siniestralidad, acorde con el comportamiento histórico de los siniestros.

3.4.6.5. Contabilización de la reserva de desviación de siniestralidad

La reserva técnica de desviación de siniestralidad se debe contabilizar de acuerdo con las siguientes instrucciones:

- a. Cuando el valor máximo del primer término de la fórmula del subnumeral 3.4.6.1. del presente capítulo corresponda a la máxima responsabilidad a cargo de la entidad aseguradora (*MRA*), la entidad aseguradora debe contabilizar en el pasivo el monto correspondiente a la máxima pérdida probable por el evento *i* (*MP*C_i**) y en el activo debe reflejar la capacidad de los contratos de reaseguro por el evento *i* (*CAP_i*) que determina la *MRA*.
- b. La *CAP_i* debe ser ajustada por el riesgo de contraparte de los reaseguradores participantes en los contratos de reaseguro.
- c. Cuando el valor máximo del primer término de la fórmula del subnumeral 3.4.6.1. del presente capítulo corresponda a la Máxima Prioridad Pactada en el contrato de reaseguro catastrófico (*MPRI*) o a la Máxima Pérdida Probable por los Eventos Catastróficos Excluidos en el contrato de reaseguro catastrófico (*MPPE*), la entidad aseguradora debe contabilizar en el pasivo el 100% de dicho monto.
- d. Para la contabilización del segundo factor (*PEENC*), la entidad aseguradora debe contabilizar en el pasivo el monto de la pérdida bruta esperada durante la vigencia del contrato de reaseguro por siniestros atípicos (*PBEENC*) y en el activo el monto correspondiente a la diferencia entre la *PBEENC* y la *PEENC*. La pérdida bruta esperada durante la vigencia del contrato de reaseguro por siniestros atípicos se determinará de acuerdo con la siguiente ecuación:

$$PBEENC = \sqrt{\sum_{k \in H} \sum_{h \in H} \rho_{h,k} * MPENC_h * MPENC_k}$$

Donde,

MPENC_h: Corresponde a la máxima pérdida esperada modelada para un evento *h* que da lugar a un siniestro atípico, determinada de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1.2.3 del presente Capítulo.

h: Corresponde al *h*-ésimo evento que da lugar a un siniestro atípico esperado durante la vigencia del contrato de reaseguro, del conjunto de eventos (*H*) determinados en el subnumeral 1.6.4.2.1. y modelados de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1.2.3. del presente capítulo.

MPENC_k: Corresponde a la máxima pérdida esperada modelada para un evento *k* que da lugar a un siniestro atípico, determinada de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1.2.3 del presente Capítulo.

k: Corresponde al *k*-ésimo evento que da lugar a un siniestro atípico esperado durante la vigencia del contrato de reaseguro, del conjunto de eventos (*H*) determinados en el subnumeral 1.6.4.2.1. y modelados de acuerdo con el subnumeral 3.4.6.1.2.3. del presente capítulo.

ρ_{h,k}: Coeficiente de correlación entre el evento *h* y el evento *k*. Se define *ρ_{h,k}* = 1, para todo *h, k*. Esto sin perjuicio de que las entidades aseguradoras puedan utilizar modelos de medición propios o de industria para el cálculo de las correlaciones entre los diferentes eventos, siempre y cuando se presenten a consideración previa de la SFC.

3.4.6.6 Obligación de documentación y conservación de información por parte de las entidades aseguradoras

La documentación e información que conozcan, recopilen, utilicen y generen las entidades aseguradoras en el proceso de cálculo de la reserva de desviación de siniestralidad, junto con sus modificaciones, debe ser conservada por un plazo mínimo de 5 años mediante cualquier medio que asegure su integridad y mantenerse a disposición de la SFC. Este deber aplica sin perjuicio de las demás disposiciones relacionadas con la documentación y conservación de la información.

3.5. Reglas aplicables al seguro de enfermedades de alto costo

3.5.1. Auditoría médica

Para efectos de atender las reclamaciones, la aseguradora debe contar con un sistema de auditoría médica interna o externa, contratada esta última con una sociedad especializada en la materia. En este último evento, la aseguradora debe constatar que la sociedad contratada cuente con una reconocida experiencia en el negocio y una adecuada infraestructura administrativa, técnica, operativa y financiera para el desarrollo de su actividad.

En el caso que se opte por una auditoría médica externa, en el contrato que celebre la aseguradora con la sociedad seleccionada se deben incorporar, en forma clara y precisa, cada una de las actividades que le corresponde ejecutar en los procesos establecidos por la aseguradora y los términos con que cuenta para cumplir su gestión.

3.5.2. Condiciones generales de la póliza

En consideración al marco normativo aplicable a cada régimen, para el ofrecimiento o comercialización de la cobertura de enfermedades de alto costo, se requiere el diseño individual de pólizas de seguro para el contributivo, el subsidiado, así como para aquellas personas catalogadas como vinculados.

Las condiciones generales de la póliza deben incorporar las siguientes estipulaciones:

- 3.5.2.1. Las tarifas que se aplican para efectos del pago de las indemnizaciones o la manera de determinarlas.
- 3.5.2.2. En caso que se pacte una participación de utilidades, se debe incluir la fórmula para establecer su monto, la cual debe corresponder a la expresada en la nota técnica.
- 3.5.2.3. En el evento en que se reconozca una bonificación por buena experiencia, se deben indicar los términos en que ésta se otorga, los cuales deben corresponder a lo expresado en la nota técnica.
- 3.5.2.4. El procedimiento y términos dentro de los cuales el tomador (EPS) debe notificar a la aseguradora el ingreso y egreso de afiliados a la póliza.
- 3.5.3. Nota técnica

La nota técnica, además de sustentar la tasa pura de riesgo, debe expresar de manera específica, los porcentajes por concepto de gastos de administración, comisión de intermediación y utilidad esperada por la entidad aseguradora. Así mismo, en la nota técnica se deben incorporar los porcentajes por reconocimiento de bonificaciones y participación de utilidades.

Las modificaciones que con posterioridad a la aprobación del ramo se introduzcan a la nota técnica, se deben remitir a esta Superintendencia en forma previa a su utilización.

3.5.4. Generación y reporte de información al sistema general de seguridad social en salud

Las entidades aseguradoras que otorguen la cobertura de los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, deben estar en capacidad de generar y reportar, en forma oportuna, la información que requieran los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema general de seguridad social en salud.

3.6. Reglas aplicables a los seguros de vida

3.6.1. Seguro de vida individual

3.6.1.1. Estadísticas de mortalidad

Anualmente, antes del 9 de agosto, todas las aseguradoras deben allegar la información correspondiente a las pólizas de vida individual del período anual inmediatamente anterior, con corte al 15 de junio, para cuyo efecto a continuación se señala la metodología que deben utilizar.

3.6.1.1.1. Período de observación y convención sobre fechas: Se establece como período de análisis el comprendido entre el 15 de junio de cada anualidad y el 15 de junio del año siguiente. Para todos los efectos, debe asumirse como 15 el día del mes de una fecha dada.

3.6.1.1.2. Selección: Deben incluirse todos los asegurados en vida individual cuyas pólizas hayan sido expedidas con calificación de riesgos estándar y expuestos, vale decir, aquellos que tuvieron uno o más seguros de vida vigentes, dentro del período señalado, excluyendo coberturas anexas de seguro saldado y prorrogado producidos por dividendos de pólizas básicas, lo mismo que los anexos temporales, incluyendo los prorrogados, saldados y extendidos por acción del valor de cesión de la póliza básica, los anexos por esposa y las pólizas conjuntas, cuyo tratamiento se indica más adelante.

3.6.1.1.3. Atributos: Los resultados deben clasificarse según los siguientes atributos, los cuales se deben anotar como aquí se indica:

- 1) Sexo: Subíndice izquierdo: m (masculino) y f (femenino)
- 2) Causa de muerte: Superíndice derecho: n (Natural), a (Accidental) y h (Homicidio).
- 3) Edad: Subíndice derecho. Para su cálculo se debe utilizar el criterio de la edad actuarial "x", a saber: la edad actuarial x de una persona es el entero más próximo a su edad exacta z, o sea:

$$Z-.5 < x < Z+.5$$

"z" es la edad exacta del asegurado al ingresar al estudio, con base en la mayor fecha entre la expedición del seguro más antiguo y la de iniciación del período de observación.

3.6.1.1.4. Expuestos (E): Para conocer el número de expuestos se debe utilizar el siguiente método, en donde "t" es el tiempo exacto, en unidades de año o fracción con aproximación de 3 decimales, que duró la cobertura mientras el asegurado tuvo "x" años. Se define jTx como el tiempo de exposición de un asegurado cualquiera "j" durante el año de vida comprendido entre x y x+1. Si "j" murió en dicho intervalo se asume que su tiempo de exposición fue igual a todo el año. En resumen:

$$\sum_{j=1}^n jTx$$

Nótese que como t es el tiempo en que la persona "j" permaneció asegurada mientras tuvo la edad x, entonces 0 < t < 1.

Así el número de vidas con edad x expuestas (o que estuvieron aseguradas), durante la vigencia del estudio será:

$$\sum_{j=1}^n$$
 donde "n" es el número de personas distintas observadas, esto es, las personas que integran la cartera.

Y así:
$$\sum_{j=1}^n$$
 es el número de expuestos por edad y sexo, y
$$\sum_{j=1}^n$$
 es el total, donde "0" y "w" son la edad más alta y más baja observadas, respectivamente.

En las pólizas conjuntas se separan los asegurados asignándoles sus edades respectivas y se les aplica el método para calcular
$$\sum_{j=1}^n$$
 en forma individual.

3.6.1.1.5. Quinto— Número de muertes (N): Se deben contar las muertes observadas entre los asegurados seleccionados para la muestra, clasificados según la edad x al momento de su deceso, su sexo y su causa de muerte, así:

$$\sum_{j=1}^n$$
 muerte por CAUSA

$$\sum_{j=1}^n$$
, muerte por CAUSA Y SEXO

$$\sum_{j=1}^n$$
, muertes por SEXO Y CAUSA

$$\sum_{j=1}^n$$
, muertes por SEXO y, finalmente:

$$\sum_{j=1}^n$$
 total muertes observadas

3.6.1.1.6. Resultados: Deben consignarse como se detalla a continuación, aproximando los resultados a 3 decimales:

$$\sum_{j=1}^n \sum_{j=1}^n$$

$$\sum_{j=1}^n \sum_{j=1}^n$$

3.6.1.12. Información de la reserva matemática del ramo de vida individual

Para efectos del cálculo de la reserva matemática del ramo de vida individual, las entidades aseguradoras de vida deben incorporar como mínimo la información que se señala en el Anexo 10 - Cálculo de la reserva matemática para los productos de seguros del ramo de vida individual - del presente Título. En caso de que la SFC requiera esta información, las entidades aseguradoras deben remitirla conforme a la estructura establecida en el mencionado anexo.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En el caso de aplicar supuestos en el cálculo de esta reserva técnica, las entidades aseguradoras deben documentar las razones para la aplicación de los mismos y mantener a disposición de la SFC la información empleada para el efecto.

3.6.2. Seguros de vida con ahorro

Los seguros de vida individual con ahorro, en los cuales el asegurado paga una prima de ahorro puro, no corresponden a los que se señalan en la definición del [artículo 201](#) del EOSF. En este orden, la reserva matemática de los seguros de vida individual con ahorro debe constituirse por la reserva del seguro propiamente dicho más el valor acumulado del fondo conformado por las cuotas de ahorro y sus rendimientos, los cuales en su totalidad son retribuíbles al asegurado, siendo susceptibles de descuento únicamente los gastos de administración cuyo monto como porcentaje del valor del fondo administrado y/o de los rendimientos del fondo debe quedar consignado en la nota técnica del seguro.

3.6.3. Seguro de vida grupo

3.6.3.1. Clases. Las pólizas de seguros de vida grupo se clasifican en:

3.6.3.1.1. Deudores: Cuyo objeto es la protección contra los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente a los deudores de un mismo acreedor, adquiriendo éste, en todos los casos, la calidad de tomador.

3.6.3.1.2. Contributivas: Cuando la totalidad o parte de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado.

3.6.3.1.3. No Contributivas: Cuando la integridad de las primas es sufragada por el tomador del seguro.

3.6.3.2. Grupo Asegurable. Es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tiene relación con el propósito de contratar el seguro de vida. En todo caso, el tomador es responsable por el pago de las primas.

3.6.3.3. Selección. De manera previa a la integración del grupo se deben determinar las reglas tendientes a evitar la selección adversa al asegurador. Para tal efecto, éste puede exigir, según las características de cada grupo o de sus integrantes, las pruebas de asegurabilidad necesarias para su correcta selección.

3.6.3.4. Solicitudes. Para contratar un seguro de vida grupo se debe presentar a la entidad aseguradora una solicitud firmada por el tomador, acompañada de las solicitudes individuales de ingreso de los asegurados iniciales. Dichos documentos deben contener, como mínimo, la siguiente información:

3.6.3.4.1. Nombre del tomador.

3.6.3.4.2. Nombre, documento de identificación, ocupación, fecha de nacimiento y sexo del asegurado.

3.6.3.4.3. Valor del seguro solicitado.

3.6.3.4.4. Nombre de los beneficiarios del seguro, parentesco y calidad de su designación.

3.6.3.5. Condiciones de los certificados individuales. Los certificados individuales de seguro deben contener, como mínimo, la siguiente información:

3.6.3.5.1. Número de la póliza a la cual acceden.

3.6.3.5.2. Denominación del asegurador y nombre del tomador.

3.6.3.5.3. Nombre y documento de identificación del asegurado.

3.6.3.5.4. Vigencia del amparo individual, con indicación de la fecha y hora de iniciación.

3.6.3.5.5. Suma asegurada o forma de determinarla.

3.6.3.5.6. Nombre de los beneficiarios, parentesco, título al cual se hace la designación y porcentaje o cuantía de su participación.

3.6.3.5.7. Cláusulas de la póliza referentes a la convertibilidad, si la hubiere, irreductibilidad, causales de terminación del amparo individual y consecuencias resultantes de la inexactitud respecto de la edad en la declaración de asegurabilidad.

3.6.3.5.8. Amparos que se otorgan, con su respectiva definición, junto con la determinación del monto de la prima y la tasa aplicada.

3.6.3.5.9. Edades desconocidas: Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas se debe calcular aplicando la tasa correspondiente a la edad que se defina en la tarifa. En el certificado de seguro o recibo correspondiente debe advertirse al asegurado que su prima se liquidó con la tasa correspondiente a dicha edad, por desconocerse la edad real del mismo.

Las tasas promedio no pueden calcularse aplicando esta disposición, por lo cual las edades que conformen la muestra deben conocerse en su integridad.

3.6.3.6. Garantía de la convertibilidad. Con excepción de las pólizas de deudores, a los seguros de vida grupo les es aplicable la cláusula de convertibilidad.

Para tal efecto, las aseguradoras deben garantizar dicho beneficio en la oportunidad en que se solicite la autorización para operar el ramo correspondiente o al momento de su renovación, mediante los siguientes mecanismos:

3.6.3.6.1. Contar con la aprobación de esta entidad para ofrecer pólizas de seguro de vida individual, distintas a los planes temporales o crecientes.

3.6.3.6.2. De manera subsidiaria acreditar un contrato con una entidad aseguradora que cumpla con el requisito anterior, mediante el cual esta aseguradora se comprometa a aceptar sin requisitos de asegurabilidad, y en las mismas condiciones

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

vigentes al momento de retirarse del grupo, a aquellos asegurados provenientes de pólizas de vida grupo que accedan a la cláusula de convertibilidad.

3.6.3.7. Pólizas de deudores. Para efectos del presente numeral y con independencia del valor asegurado pactado, se entiende pPor saldo insoluto de la deuda, para efectos del presente numeral, respecto del beneficiario oneroso, el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del siniestro, se entiende el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se incluyen, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro se exprese en unidades de valor real UVR, la indemnización debe ser calculada con base en las aludidas unidades adeudadas en la fecha del envío de la citada comunicación, liquidada a la cotización del día en el cual se efectúe el pago.

En este tipo de pólizas, además del deudor o deudores, pueden asegurarse los codeudores por la misma suma asegurada y con los amparos con los cuales cuenten éstos. Pero el tomador sólo puede exigir el seguro para el deudor o deudores.

Cuando existan varios asegurados respecto de una misma deuda son aplicables las normas contenidas en los incisos precedentes, con ocasión de la realización del riesgo asegurado en relación con cualquiera de los mencionados asegurados.

El seguro termina para los asegurados sobrevivientes o no incapacitados total y permanentemente, en la fecha de fallecimiento o declaratoria total y permanente para el primero de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo asegurado y se cancele la indemnización por el saldo insoluto de la deuda a cargo del asegurador.

3.6.4. Tabla colombiana de mortalidad de los asegurados

La referencia a las tablas de mortalidad de asegurados vigentes en Colombia se encuentra en el anexo 4 del presente Título. Las entidades aseguradoras podrán aplicar factores de ajuste a las tablas de mortalidad de los asegurados vigentes en Colombia, los cuales deben reflejar la experiencia de su cartera de seguros en el país estar y estar debidamente justificados y ser presentados a la SFC para su no objeción.

La referencia a las tablas de mortalidad de asegurados vigentes en Colombia se encuentra en el anexo 4 del presente Título.

3.7. Reglas especiales aplicables al ramo de pensiones con conmutación pensional

Este ramo hace referencia al seguro mediante el cual, por virtud de una conmutación pensional entre la sociedad a cargo de la pensión y la entidad aseguradora, ésta asume el riesgo asociado al pago de pensiones originadas en una relación laboral.

3.8. Tablas de riesgos de vejez, invalidez y sobrevivencia

De acuerdo con el artículo 45 del Decreto 656 de 1994, las entidades administradoras del SGP y las correspondientes entidades aseguradoras de vida deben utilizar para los desarrollos propios de sus productos y de los cálculos actuariales que se deriven de los mismos y que deban efectuar respecto de su operación técnica, tablas asociadas con los riesgos de vejez, invalidez y sobrevivencia, las cuales son fijadas por la SFC.

Para efectos del cálculo de las primas de seguros de rentas, de invalidez, de sobrevivencia y los productos de planes de pensiones, así como de las reservas correspondientes, se deben observar las tablas que se encuentran contenidas en los siguientes anexos del presente Título:

Anexo 5: Tabla de mortalidad de rentistas

Anexo 6: Tabla de invalidez de activos

Anexo 7: Tabla de mortalidad de inválidos

De acuerdo con lo previsto en el artículo 46 del Decreto Ley 656 de 1994, la SFC puede modificar la metodología, presentación y, en general, cualquier aspecto inherente al desarrollo de las mencionadas tablas.

En todo caso las administradoras del SGP y las entidades aseguradoras podrán incluir factores de ajuste a las tablas de mortalidad vigentes, los cuales deben estar debidamente justificados y ser presentados a la SFC para su no objeción.

3.9. Reglas aplicables al ramo de cumplimiento

3.9.1. Control de la retención máxima por riesgo

Para efectos del cálculo de la retención neta de que trata el artículo 2.31.1.3.1 del Decreto 2555 de 2010, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deben dar cumplimiento a las siguientes instrucciones.

Las entidades deben calcular el monto correspondiente al 10% del patrimonio técnico del trimestre inmediatamente anterior al mes en el cual se hace la respectiva valoración de la cartera vigente, expedición de una póliza, entrada en vigencia de una determinada cobertura, o modificación de pólizas vigentes, entre otros. Para efectos del cálculo de la retención neta, el valor del patrimonio técnico del trimestre corresponderá al monto del patrimonio técnico registrado al cierre del último mes disponible. A manera de ejemplo, para una operación realizada en el mes de agosto, se tomará como referencia el patrimonio técnico registrado para el último mes disponible del trimestre comprendido entre mayo, junio y julio.

Las entidades deben calcular la retención neta por cada afianzado de forma independiente. La retención neta se determina como el monto de pérdida a cargo de la entidad deducidos los montos a cargo de los reaseguradores y coaseguradores que amparan las exposiciones en las coberturas vigentes en un escenario en el cual se afectan todas las pólizas de un mismo afianzado tanto individualmente como cuando es partícipe de una figura plural, y el monto a indemnizar de cada póliza corresponda al 100% del valor asegurado vigente al momento del cálculo. La retención neta se calculará de la siguiente manera: i) al monto del valor asegurado vigente se descuenta la responsabilidad a cargo de coaseguradores y los reaseguradores en los contratos de reaseguro proporcionales; ii) del monto determinado anteriormente se deducen los montos a cargo de los reaseguradores en contratos de reaseguro no proporcionales en el escenario de pérdida descrito. Para efectos de computar los contratos de reaseguro no proporcionales, el valor máximo por siniestro, sea este entendido como afianzado, grupo económico o póliza según las condiciones del respectivo contrato, que se puede deducir, es el correspondiente al 20% del patrimonio técnico del trimestre inmediatamente anterior. El valor del patrimonio técnico del trimestre corresponde al valor previsto en el presente subnumeral.

No obstante lo anterior, de manera previa e individual las entidades pueden presentar para no objeción de la SFC, un modelo cuantitativo que permita establecer niveles diferentes de transferencia de riesgo para los programas de

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

reaseguro en exceso de pérdida operativa por riesgo. Dicho modelo debe estar soportado en una nota técnica que describa, entre otros, la identificación de los principios y elementos tenidos en cuenta para su elaboración, así como las hipótesis y demás información utilizada que pueda ser relevante para la sustentación de este. Cualquier ajuste o modificación del modelo debe ser sometido a consideración previa de la SFC. En todo caso, respecto de los contratos de reaseguro de exceso de pérdida operativa por riesgo, la entidad aseguradora debe mantener en todo momento un reinstalamento vigente que permita garantizar la continuidad de la cobertura.

Para los fines del presente subnumeral se consideran afianzados: (i) los tomadores que no son figuras plurales o no hacen parte de figuras plurales; y (ii) en el caso de pólizas cuyo tomador sea una figura plural, cada uno de los participantes de la misma. Se entenderá por figuras plurales los consorcios, uniones temporales y cualquier otro tipo de esquema contractual o legal que permita la colaboración de varias personas naturales o jurídicas con el fin de suscribir y ejecutar uno o varios contratos.

En todo caso, en la definición de afianzado deben incluirse los miembros del grupo económico al cual pertenece el afianzado para el cual se realiza el cálculo, dependiendo de las condiciones de interdependencia de los miembros del grupo y la materialidad de la exposición que representan las acumulaciones de riesgo, según el criterio profesional de la entidad aseguradora, determinado tomando en cuenta, entre otros, las pólizas suscritas con los miembros del grupo económico y las condiciones de los contratos de reaseguro.

Cuando se trate de pólizas cuyos tomadores sean figuras plurales en las cuales las obligaciones derivadas del contrato amparado se rijan por la figura de la responsabilidad solidaria, para el cálculo de la retención neta las entidades deben tomar por cada miembro de la figura el 100% del valor asegurado de la póliza vigente a la fecha de cálculo, y no el monto correspondiente a la participación de cada miembro en la figura plural.

Las entidades deben reportar **mensualmente** dentro del término establecido para el reporte de los estados financieros intermedios y de fin de ejercicio, la información relacionada con las garantías únicas de cumplimiento a favor de entidades estatales, cuyo valor asegurado supere el 10% del patrimonio técnico del trimestre inmediatamente anterior, en el reporte dispuesto para tal fin por la Superintendencia Financiera de Colombia. Para tal efecto, deben diligenciar la proforma F3000-85 Cesión de reaseguro - Garantía única de cumplimiento.

Las entidades deben implementar **mecanismos, procedimientos y controles para garantizar el cumplimiento permanente del límite establecido en el artículo 2.31.1.3.1 del Decreto 2555 de 2010 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan**. Las entidades deben mantener a disposición de la SFC los cálculos realizados e informar dentro de los 10 días hábiles siguientes, cuando el monto de la retención neta sea superior al 10% del patrimonio técnico en los términos del presente subnumeral. En este mismo plazo, la entidad deberá informar a la SFC las medidas que adoptará para subsanar el exceso en la retención neta, así como el cronograma para implementar dichas medidas.

3.10. Reglas especiales aplicables al ramo de seguro de rentas voluntarias

En este ramo se pueden ofrecer y comercializar aquellos productos que reúnan las siguientes características:

3.10.1. Que su estructura técnica actuarial corresponda a una renta contingente.

3.10.2. Que el amparo básico consista en el pago de una mesada o beneficio periódico.

3.10.3. Que el pago de cada mesada o beneficio periódico se efectúe, si se presenta la contingencia prevista en el contrato, respecto del o los asegurado(s), **salvo para la operación de renta vitalicia inmobiliaria de que trata el Título 7 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010.**

3.10.4. Que su explotación u ofrecimiento no sea factible en alguno de los ramos de seguros definidos en el subnumeral 1.1 de este Capítulo.

3.10.5. Únicamente para el caso de la operación de renta vitalicia inmobiliaria de que trata el Título 7 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010, el pago periódico se efectúa hasta que se presenta el fallecimiento del último de los beneficiarios definidos en el contrato a cambio de la transferencia de la nuda propiedad de un bien inmueble en los términos del Título 7 del Libro 31 de la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010.

Al producto de que trata el presente subnumeral, le serán aplicables los siguientes requisitos:

3.10.5.1. Gestión del riesgo de liquidez. Las entidades aseguradoras que ofrezcan este producto deben garantizar que sus posiciones actuales y futuras sobre la liquidez son adecuadas para respaldar el pago periódico contractual de la renta vitalicia inmobiliaria, incluso en situaciones de tensión.

Las entidades aseguradoras deben diseñar e implementar unas políticas, procedimientos, metodologías y límites que les permitan identificar, medir, monitorear y controlar el riesgo de liquidez inherente al desarrollo de este producto, cuando sus reservas técnicas estén siendo respaldadas por bienes raíces no productivos. Estos elementos deben estar integrados con la gestión de riesgos de la entidad y ser acordes con el perfil y apetito de riesgo, el plan de negocio, la estrategia de riesgos, la naturaleza, el tamaño y la complejidad de las actividades que desarrolle la entidad con este producto.

Los elementos descritos anteriormente deben estar debidamente documentados, aprobados por la junta directiva de la entidad y estar a disposición de la SFC para su consulta.

3.10.5.2. Metodología de cálculo de la reserva matemática

Para dar cumplimiento a lo establecido por el [artículo 2.31.4.3.2 del Decreto 2555 de 2010](#), las entidades aseguradoras deben observar las instrucciones generales contenidas en el subnumeral 2.2.2 del presente Capítulo. Adicionalmente, deben utilizar las tablas de mortalidad que se encuentran contenidas en los siguientes anexos del presente Título:

Anexo 5: Tabla de mortalidad de rentistas.

Anexo 7: Tabla de mortalidad de inválidos.

[En todo caso, las entidades aseguradoras podrán incluir factores de ajuste en las tablas de mortalidad vigentes, los cuales deben reflejar la experiencia de su cartera de seguros en el país estar y estar debidamente justificados y ser presentados a la SFC para su no objeción.](#)

3.10.5.3. Los criterios de admisibilidad y de valoración de los activos no productivos de que trata el numeral 3.10 del artículo 2.31.3.1.2 del Decreto 2555 de 2010 corresponderán a los determinados en los subnumerales 2.2.6.1 (inciso final) y 2.2.6.3.7 del presente Capítulo.

3.10.5.4. Opción de retracto

Las entidades aseguradoras tienen el deber de ofrecer al tomador la posibilidad de pactar una opción de retracto para las modalidades de renta vitalicia inmobiliaria descritas en el artículo 2.31.7.1.2 del Decreto 2555 de 2010, de conformidad con el parágrafo 1 del mismo artículo.

3.10.5.4.1. Período de retracto

Con base en sus políticas de suscripción, las entidades aseguradoras deben definir el período de retracto aplicable, el cual no podrá ser inferior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la renta vitalicia inmobiliaria.

En todo caso, en el evento en que el tomador presente la solicitud de retracto faltando menos de treinta (30) días calendario para el vencimiento del período de retracto, la entidad aseguradora extenderá dicho período hasta la fecha en que se venza el plazo que tiene el tomador para ratificar la opción de retracto en los términos del siguiente subnumeral.

3.10.5.4.2. Ejercicio de la opción de retracto

Dentro del período de retracto establecido en los términos del subnumeral anterior, las entidades aseguradoras deben recibir cualquier manifestación de intención del ejercicio de retracto realizada por el tomador. Ante esto, estas entidades deben presentar al tomador una estimación del monto de los costos, gastos y comisiones causados a la fecha, así como la forma de calcular los gastos a la fecha efectiva de la transferencia de la nuda propiedad al tomador, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud por parte del tomador. La estimación de dichos costos se debe realizar conforme a lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 2.31.7.1.2 del Decreto 2555 de 2010.

La entidad aseguradora debe otorgar al tomador, como mínimo, un plazo de treinta (30) días calendario para que éste le notifique si continúa con el ejercicio de la opción de retracto. Dicho plazo empieza a contar desde la fecha de recepción del documento que contiene la estimación del monto de los costos, gastos y comisiones.

En el evento en que el tomador le notifique a la entidad aseguradora que se ratifica con el ejercicio de la opción de retracto, la entidad aseguradora debe actualizar la estimación aportada inicialmente con los gastos que se causaron dentro del término que transcurrió luego de presentada la estimación inicial, y deberá acordar junto con el tomador el plazo dentro del cual se va a realizar el pago total y la transferencia de la nuda propiedad de vuelta al tomador. En dicho acuerdo, las entidades aseguradoras pueden proponerle al tomador pactar la suspensión del pago de las rentas dentro del período comprendido desde la fecha del acuerdo hasta la fecha estimada del pago total por parte del tomador y la transferencia de la nuda propiedad.

3.10.5.5. Políticas de suscripción: Las entidades aseguradoras deben definir en sus políticas de suscripción, entre otras, las clases de renta vitalicia inmobiliaria que pretenden comercializar y su mercado objetivo, para lo cual deberán realizar un análisis objetivo.

3.10.5.6. Deberes de las entidades aseguradoras en el ofrecimiento de la renta vitalicia inmobiliaria.

Las entidades aseguradoras deben diseñar e implementar políticas, procesos y procedimientos para asegurar el cumplimiento de los deberes establecidos en el artículo 2.31.7.2.1 del Decreto 2555 de 2010 para el ofrecimiento de la renta vitalicia inmobiliaria.

Para el efecto, las entidades deben elaborar, actualizar y poner en práctica un manual para el ofrecimiento de este producto, el cual será de obligatorio cumplimiento para todas las personas involucradas. Este manual debe ser aprobado por la junta directiva y su contenido mínimo debe cumplir con lo señalado en el presente subnumeral. Adicionalmente, este manual debe estar a disposición de la SFC para su consulta en cualquier momento.

3.10.5.6.1. Políticas y procedimientos generales

El manual para el ofrecimiento de la renta vitalicia inmobiliaria debe contener, como mínimo:

3.10.5.6.1.1. Las áreas, comités y/o funcionarios responsables del cumplimiento de los deberes de información, documentación, mejor resultado y asesoría, detallando sus funciones, deberes y responsabilidades en concordancia con los procesos y procedimientos establecidos en el manual.

3.10.5.6.1.2. Los mecanismos para el monitoreo, y criterios para la evaluación del cumplimiento de los deberes y las políticas y procedimientos en el manual, estableciendo su periodicidad.

3.10.5.6.1.3. Las políticas y procedimientos para la identificación, revelación y gestión de conflictos de interés que se puedan presentar en el ofrecimiento de la renta vitalicia inmobiliaria.

3.10.5.6.1.4. Las políticas que garanticen que los esquemas de remuneración o incentivos de los funcionarios que intervienen en el proceso de asesoría en el ofrecimiento del producto salvaguardan el mejor interés del cliente y el cumplimiento de los deberes de la entidad aseguradora.

3.10.5.6.1.5. Las políticas para garantizar que los funcionarios que participen en el ofrecimiento de la renta vitalicia inmobiliaria estén capacitados para el efecto, y conozcan y entiendan el manual para el ofrecimiento y las consecuencias del incumplimiento de éste.

3.10.5.6.1.6 Las políticas para definir los convenios a suscribir con los intermediarios de seguros, que se encuentren sujetos a supervisión permanente por parte de esta Superintendencia según lo establecido en el artículo 2.31.7.2.2. del Decreto 2555 de 2010, los cuales deben contener las reglas aplicables para el suministro oportuno de la asesoría al potencial cliente exclusivamente por parte de la entidad aseguradora.

3.10.5.6.2. Políticas y procedimientos específicos

Además de los contenidos señalados en el subnumeral anterior, el manual debe contener políticas y procedimientos específicos aplicables para asegurar el cumplimiento de los deberes señalados en el artículo 2.31.7.2.1 del Decreto 2555 de 2010, de acuerdo con lo reglado en el mencionado artículo y las siguientes instrucciones:

3.10.5.6.2.1. Deber de información. Las políticas y procedimientos aplicables para asegurar el cumplimiento del deber de información deben contener, como mínimo, lo siguiente:

3.10.5.6.2.1.1 Los medios, canales y/o herramientas para suministrar información a los clientes o potenciales clientes, los cuales deben garantizar que se cumpla con el deber de información y documentación de manera previa a la realización de una operación de renta vitalicia inmobiliaria, o a la modificación de las condiciones de la misma.

3.10.5.6.2.1.2 Los criterios para evaluar la suficiencia, objetividad, oportunidad, completitud, imparcialidad, claridad y facilidad de comprensión de la información dirigida a los clientes y potenciales clientes. Adicionalmente, deben establecer los criterios para determinar las condiciones contractuales materiales del producto ofrecido.

3.10.5.6.2.2. Deber de documentación. Se deben incluir las políticas de gestión y actualización documental que garanticen la documentación de manera oportuna y adecuada de la información y asesoría entregada al cliente o potencial cliente de la operación.

3.10.5.6.2.3. Deber de mejor resultado de la operación. Se deben incluir los criterios y procedimientos específicos que le permitirán a los funcionarios participantes evaluar la información particular del cliente o potencial cliente y determinar el mejor resultado posible para el mismo.

3.10.5.6.2.4. Deber de asesoría. Las entidades aseguradoras deben establecer políticas y procedimientos para cumplir el deber de asesoría, las cuales deben contener, como mínimo, lo siguiente:

3.10.5.6.2.4.1. Los medios y procedimientos para brindar la asesoría al cliente o potencial cliente, los cuales deben contemplar el suministro de manera personalizada y a través de un medio verificable que permita la interacción directa y en tiempo real entre el funcionario de la entidad y el cliente o potencial cliente.

3.10.5.6.2.4.2. Los mecanismos que aseguren que la entidad cuenta con la información necesaria para la elaboración del perfil del cliente, incluyendo los medios y procedimientos para requerir dicha información al cliente o potencial cliente.

3.10.5.6.2.4.3. Los criterios para determinar el perfil del cliente y el perfil del producto, según lo establecido en los subnumerales 4.2 y 4.3 del artículo 2.31.7.2.1 del Decreto 2555 de 2010.

3.10.5.6.2.4.4. Los criterios para evaluar la idoneidad del producto tomando en consideración las características individuales y personales establecidas en el perfil del cliente y el perfil del producto, con el fin de entregar al cliente o potencial cliente la recomendación profesional establecida en el subnumeral 4.1 del artículo 2.31.7.2.1 del Decreto 2555 de 2010.

3.10.5.6.2.4.5. El documento entregado al cliente o potencial cliente como soporte de la recomendación profesional debe estar redactado en lenguaje claro y de fácil entendimiento, evitando el uso de lenguaje técnico o complejo, y debe contener, como mínimo, lo siguiente:

3.10.5.6.2.4.5.1. Explicación del perfil del cliente.

3.10.5.6.2.4.5.2. Perfil del producto ofrecido según corresponda en su respectiva nota técnica, el cual contenga de manera explícita la explicación de cómo la modalidad y los términos recomendados para la renta vitalicia inmobiliaria se adecuan al perfil del cliente.

3.10.5.6.2.4.5.3. La determinación de si la entidad aseguradora considera que el producto ofrecido es idóneo para el cliente o potencial cliente, con una síntesis de los argumentos que le sirven de fundamento.

3.10.5.6.2.4.5.4. Una descripción detallada de los costos, tarifas y comisiones asumidos por las entidades aseguradoras y el tomador al momento de suscribir el producto, junto con los efectos de incluir la opción de retracts en el valor del pago periódico y en los costos, tarifas y comisiones asumidos por las entidades aseguradoras.

Adicionalmente, las entidades aseguradoras deben incluir una estimación detallada del pago total que tendría que asumir el tomador en el evento en que decida ejercer la opción de retracts al finalizar el período de retracts.

En caso de que el producto incluya cubrimientos adicionales conforme al artículo 2.31.7.1.3 del Decreto 2555 de 2010, se debe informar el impacto de dichos cubrimientos sobre las rentas.

3.10.5.6.2.4.5.5. Descripción detallada de los derechos y deberes de los tomadores y/o beneficiarios así como de las entidades aseguradoras por la celebración de la operación.

3.10.5.7. Autorización de nuevas modalidades de renta vitalicia inmobiliaria

De conformidad con lo previsto en el párrafo 3 del artículo 2.31.7.1.2 del Decreto 2555 de 2010 y sin perjuicio de lo establecido en el subnumeral 1.1. del presente Capítulo, las entidades aseguradoras que pretendan ofrecer nuevas modalidades de renta vitalicia inmobiliaria diferentes a las previstas en el artículo 2.31.7.1.2 del Decreto 2555 de 2010 deben contar con autorización previa de la SFC.

Para tal efecto, en todos los casos se debe remitir un ejemplar de la póliza con las condiciones aplicables a la nueva modalidad, así como la respectiva nota técnica, las cuales deben cumplir con la normatividad aplicable en relación con los modelos de las pólizas, tarifas, notas técnicas y anexos. Adicionalmente, se debe adjuntar un documento prototipo en el cual conste la recomendación profesional en un caso hipotético con base a lo cual darían cumplimiento al subnumeral 3.10.5.6.2.4.5 del presente Capítulo.

De igual forma, cualquier modificación que se pretenda realizar a las condiciones establecidas en la nueva modalidad de renta vitalicia inmobiliaria, sus anexos y/o a la nota técnica, se debe someter a autorización previa de la SFC.

La SFC en el ejercicio de sus facultades legales puede suspender la autorización del ofrecimiento de las nuevas modalidades de renta vitalicia inmobiliaria, en el evento en que la entidad aseguradora decida no comercializar dicha modalidad durante un tiempo igual o superior a seis (6) meses.

3.11. Reglas aplicables al Seguro de Beneficios Económicos Periódicos - BEPS

De conformidad con lo dispuesto en el [artículo](#) 48 de la Constitución Política, en el [artículo](#) 87 de la Ley 1328 de 2009 y en el Decreto 0604 de 2013, el servicio social complementario de beneficios económicos periódicos - BEPS permite mediante la contratación de una anualidad vitalicia, conceder beneficios económicos periódicos inferiores al salario mínimo mensual legal vigente, a aquellas personas que se encuentren vinculadas a la administradora del mecanismo BEPS y no cumplan con las condiciones requeridas para tener derecho a una pensión. En virtud de lo anterior, las aseguradoras de vida que decidan ofrecer la anualidad vitalicia mediante el ramo de seguros BEPS, deben atender las siguientes instrucciones:

3.11.1. Nota técnica

De conformidad con las facultades otorgadas a esta Superintendencia en el [artículo](#) 24 A del Decreto 0604 de 2013, se adopta la nota técnica para el ramo de seguros BEPS en el anexo 9 del presente Capítulo, la cual describe y sustenta la metodología utilizada para el cálculo de las primas y reservas técnicas del ramo.

3.11.2. Autorización especial del ramo de seguro BEPS

Las entidades aseguradoras de vida que tengan aprobado el ramo de seguros de pensiones Ley 100, no están obligadas a acreditar el cumplimiento de las reglas para la autorización de los ramos de seguros [establecidas en la lista de chequeo](#) en cuanto [hace](#) al estudio de mercado y a la incidencia técnica financiera y administrativa que ocasiona la apertura del ramo, salvo lo dispuesto en cuanto a las proyecciones de los resultados esperados para los 3 primeros años de operación del producto y su incidencia en los indicadores de capital mínimo, margen de solvencia, patrimonio requerido por ramos y patrimonio técnico [a que se refiere el numeral 4 de la lista de chequeo identificada con el código M-LC-AUT-027](#).

Las demás entidades aseguradoras deben atender el régimen general de autorización.

3.11.3. Condiciones generales de la póliza

En desarrollo de la previsión contenida en el numeral 2 del [artículo](#) 184 del EOSF, y para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1 del [artículo](#) 12 del Decreto 0604 de 2013, a continuación se establecen los requisitos que deben reunir las pólizas del ramo de seguro BEPS:

3.11.3.1 Definiciones.

Para efectos del presente seguro se entiende por:

3.11.3.1.1. Tomador, asegurado y beneficiario. La persona vinculada al servicio social complementario BEPS que cumpla los requisitos señalados en el [artículo](#) 11 del Decreto 0604 de 2013 y opte por contratar una anualidad vitalicia en los términos del numeral 1 del [artículo](#) 12 del Decreto 0604 de 2013.

3.11.3.1.2. Amparo. En virtud del ramo BEPS la entidad aseguradora se obliga a pagar, bimestralmente y hasta la muerte del asegurado, el valor del beneficio económico periódico, de conformidad con lo previsto en el numeral 1 del [artículo](#) 12 del Decreto 0604 de 2013.

3.11.3.1.3. Exclusiones. La anualidad vitalicia no está sujeta a ninguna exclusión.

3.11.3.1.4. Reajuste de valores. El beneficio económico periódico que otorga la póliza debe reajustarse cada año de acuerdo con la variación porcentual del IPC certificado por el DANE para el año inmediatamente anterior, tal como lo dispone el numeral 1 del [artículo](#) 12 del Decreto 0604 de 2013.

3.11.3.1.5. Prima. La prima es única pagadera por una sola vez por la entidad administradora del mecanismo BEPS. La prima pura se debe sufragar con cargo a los recursos ahorrados, los rendimientos generados, el subsidio periódico otorgado por el Estado, y si es del caso, los recursos que se tengan en el SGP a título de indemnización sustitutiva o devolución de saldos, según el régimen al cual se encuentre afiliado. Los costos de administración deben ser sufragados con cargo al presupuesto general de la Nación

En el cálculo del beneficio no se incluyen los gastos derivados de la contratación del seguro, ni los costos asociados a la administración de la anualidad vitalicia.

La prima no puede incluir ningún monto destinado al pago de comisiones de intermediación de seguros en virtud de lo señalado en el parágrafo 1 del [artículo](#) 12 ibídem.

3.11.3.1.6. Pago del beneficio económico periódico. El beneficio que se devengue en virtud de esta póliza se paga en forma bimestral, el día y lugar que establezca la entidad aseguradora, sin embargo, el tiempo transcurrido entre la fecha de emisión de la póliza y la fecha del primer pago no puede ser superior a 2 meses. En ningún caso, pueden devengarse intereses ni reajustes por atrasos en el cobro del beneficio que sean imputables al asegurado.

3.11.3.1.7. Fecha de vigencia. Este seguro tiene vigencia a partir de la fecha de emisión de la póliza, previo pago de la prima por parte de la administradora del mecanismo BEPS a la respectiva entidad aseguradora.

3.11.3.1.8. Irrevocabilidad. Sin perjuicio de lo dispuesto en el EOSF sobre cesión de activos, pasivos y contratos y demás normas relativas al funcionamiento de las instituciones financieras, ninguna de las partes puede poner término anticipado al contrato de seguro BEPS, el cual debe permanecer vigente hasta la muerte del asegurado.

3.11.3.1.9. Prohibición de beneficios adicionales. Los recursos ahorrados dentro del mecanismo BEPS, el valor de sus rendimientos, el subsidio periódico otorgado por el Estado, según el caso, y los aportes que eventualmente el beneficiario tenga en el SGP, tienen una destinación específica bajo los postulados del Decreto 0604 de 2013, por consiguiente, no es viable la destinación de dichos recursos al financiamiento de otros beneficios o cobertura.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3.12. Reglas aplicables a la póliza de seriedad de la candidatura

Las entidades aseguradoras que comercialicen pólizas de seriedad de la candidatura a las que se refiere el [artículo 9](#) de la Ley 130 de 1994 deben:

3.12.1. Establecer los requisitos generales para el otorgamiento de estas pólizas, los cuales deben atender criterios de viabilidad y proporcionalidad para el tomador y ser de conocimiento de sus funcionarios. Así mismo, deben publicar en un lugar visible y de fácil acceso de su página web tal información.

3.12.2. Abstenerse de exigir como requisito para esta clase de pólizas la constitución de contragarantías de cualquier naturaleza por el riesgo asegurable.

3.12.3. Las entidades aseguradoras cuentan un plazo máximo de 10 días hábiles para pronunciarse de forma definitiva respecto de la solicitud de la póliza de seriedad de la candidatura y respecto de los términos asociados a la misma.

3.12.4. Disponer de un canal especial de atención al público a través del cual se tramiten y resuelvan las inquietudes y consultas relacionadas con el otorgamiento de estas pólizas. En adición a lo anterior, las entidades aseguradoras deben publicar, en un lugar visible y de fácil acceso en su página web y en su red de oficinas, la información clara y actualizada sobre este canal y la forma como operará el mismo.

3.13. Reglas aplicables al seguro de terremoto

3.13.1. Evento sísmico

Para la definición de evento sísmico establecida en el literal a) del [artículo 2.31.5.1.1.](#) del Decreto 2555 de 2010, el periodo específico de referencia es de mínimo 72 horas.

3.13.2. Plan Integral de Gestión de Terremoto

Las entidades aseguradoras que tengan autorización para comercializar el ramo de terremoto, deben diseñar e implementar un Plan Integral de Gestión de Terremoto (PIGT). El PIGT y sus respectivas modificaciones deben ser aprobadas por la junta directiva de la entidad aseguradora y estar a disposición de la SFC para su revisión. Cuando se realicen dichas modificaciones, la entidad aseguradora debe notificar a la SFC. Las modificaciones al PIGT deben estar debidamente justificadas y documentadas.

Toda la información, documentación, parámetros y supuestos del modelo empleado en la ejecución del PIGT deben ser conservados por un plazo mínimo de 5 años mediante cualquier medio que asegure su integridad. Durante este mismo periodo las entidades aseguradoras deben mantener a disposición de la SFC los datos de entrada del modelo y los resultados de la modelación de la cartera indicando la versión del software del modelo utilizado, con el fin de que la SFC lleve a cabo actividades de supervisión. Adicionalmente, se deben conservar por este mismo plazo las distintas versiones documentales del PIGT y todos los documentos que evidencien la ejecución, cumplimiento y resultados de las actividades incluidas en el PIGT tales como: i) recolección y verificación de la calidad de la información, ii) ejecución de los procesos de modelación de la cartera, incluida la validación de las gestiones y procesos de los terceros asesores contratados para la modelación de la cartera, entre otras.

El PIGT debe ser actualizado por lo menos semestralmente, y contar con los siguientes elementos:

3.13.2.1. Caracterización de los riesgos

Las entidades aseguradoras deben recopilar la información relacionada con los seguros que cubren el riesgo de terremoto. La información mínima que deben recopilar es la indicada en el Formato 506 (Proforma F.3000-87).

Para bienes asegurados mediante pólizas del ramo de terremoto relacionadas con obras civiles, riesgos industriales, entre otros bienes diferentes de los susceptibles de reporte en el Formato 506 (Proforma F.3000-87) las entidades aseguradoras deben recopilar la siguiente información: i) valor asegurado; ii) valor asegurable; iii) ubicación (longitud y latitud); iv) deducibles; v) porcentaje de coaseguro; vi) la fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza; vii) número de póliza, entre otros. En el caso de maquinaria que se encuentre en obra, la ubicación debe corresponder a la última conocida a la fecha de corte de la información. Esta información debe ser conservada por un plazo mínimo de 5 años mediante cualquier medio que asegure su integridad y debe permanecer a disposición de la SFC para su revisión.

La información que trata este subnumeral debe coincidir con la empleada y remitida a corredores de reaseguro y/o reaseguradores para la suscripción de contratos de reaseguro que cubran la pérdida máxima probable del ramo de terremoto.

3.13.2.2. Gestión de información

Para garantizar una adecuada gestión del riesgo en el ramo de terremoto, las entidades aseguradoras deben desarrollar procedimientos que garanticen la calidad de la información para un adecuado cálculo de la pérdida máxima probable de la cartera (PMP). La entidad aseguradora debe implementar procesos que permitan la evaluación continua de la calidad de la información que obtiene a través de red propia y/o de terceros, sean estos contratistas, intermediarios de seguros, a través de contratos de uso de red, aseguradores en pólizas suscritas a través de coaseguro y aseguradores en riesgos aceptados en reaseguro, entre otros.

En caso de que la entidad aseguradora no pueda completar la información relacionada en el inciso primero del subnumeral 3.13.2.1. de este Capítulo, debe incluir en el PIGT un informe de diagnóstico y un plan de recolección de información de los riesgos, el cual debe contener los siguientes elementos:

3.13.2.2.1. Caracterización de los riesgos con información incompleta

Cuando la entidad aseguradora carezca de la información relacionada en el Formato 506 (Proforma F.3000-87), ésta debe construir un informe que contenga como mínimo lo siguiente:

3.13.2.2.1.1. Información del número y valor asegurado de riesgos con información incompleta, la cual debe ser presentada como mínimo para las siguientes variables:

3.13.2.2.1.1.1. Georeferenciación (longitud y latitud)

3.13.2.2.1.1.2. Zona sísmica

- 3.13.2.2.1.1.3. Uso del riesgo (comercial, vivienda u otro)
- 3.13.2.2.1.1.4. Año de construcción
- 3.13.2.2.1.1.5. Tipo estructural
- 3.13.2.2.1.1.6. Número de pisos

Para cada una de las anteriores variables, la entidad aseguradora debe reportar el número de riesgos con información incompleta, la proporción que representa ese número de riesgos sobre el número total de riesgos de la cartera, el valor asegurado de los riesgos con información incompleta y la proporción que representa este valor asegurado sobre el valor asegurado de la cartera total.

En ningún caso será admisible no contar con la información mínima de los riesgos cubiertos por seguros asociados a créditos con garantía hipotecaria o leasing habitacional otorgados por entidades vigiladas por la SFC. En caso de que la entidad otorgante del crédito no sea una entidad vigilada, la entidad aseguradora debe adoptar procedimientos para la correcta recopilación de la información.

3.13.2.2.1.2. Información relacionada con el número de riesgos y exposición con información incompleta por zona sísmica

La entidad aseguradora debe discriminar el porcentaje del número de riesgos y de la exposición con información incompleta de acuerdo a las zonas sísmicas establecidas por la SFC en el Formato 506 (Proforma F.3000-87). Adicionalmente, dicha discriminación debe tener en cuenta como mínimo las siguientes variables:

- 3.13.2.2.1.2.1. Uso del riesgo (Comercial, vivienda u otro)
- 3.13.2.2.1.2.2. Año de construcción
- 3.13.2.2.1.2.3. Tipo estructural
- 3.13.2.2.1.2.4. Número de pisos

En el caso de los riesgos estatales (obligación de aseguramiento de los bienes de propiedad del estado), debe indicarse el número de riesgos para los que no se dispone de la información de zona sísmica y la exposición que representan dichos riesgos.

3.13.2.2.2. Causas de la carencia de información

La entidad aseguradora debe explicar para cada una de las variables del subnumeral 3.13.2.2.1.1. las razones por las cuales no cuenta con la información relacionada en el subnumeral 3.13.2.1. de este Capítulo. Dichas razones deben ser discriminadas de acuerdo al canal de comercialización mediante el cual fue suscrito el seguro de terremoto o la cobertura y para cada canal indicar el tipo de producto, sean estos: i) estatales (obligación de aseguramiento de los bienes de propiedad del estado); ii) bienes comunes; iii) ingeniería/obras civiles; iv) comercialización masiva de bajo valor (seguros a los que se refiere el subnumeral 4.2.2.2.1.4.4.15 del 4.2.2.1.7. Capítulo IV, Título IV, Parte I, de la CBJ y -que cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 2.31.2.2.1 del Decreto 2555 de 2010 son comercializados a través de canales autorizados conforme a la normatividad vigente, distintos de intermediarios de seguros); v) comercialización masiva de alto valor (seguros que no cumplen con los requisitos del subnumeral 4.2.2.2.1.4.4.15 del 4.2.2.1.7. Capítulo IV, Título IV, Parte I, de la CBJ y -que cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 2.31.2.2.1 del Decreto 2555 de 2010 son comercializados a través de canales autorizados conforme a la normatividad vigente, distintos de intermediarios de seguros); vi) hogar/residencial (no asociados a créditos con garantía hipotecaria o leasing habitacional y comercializados a través de corredores de seguros, agentes, agencias); vii) empresarial y viii) seguros asociados a créditos con garantía hipotecaria otorgados por entidades no vigiladas.

3.13.2.2.3. Procedimientos y estado de avance de la información

Una vez caracterizados los riesgos asegurados que trata el subnumeral 3.13.2.1. de este Capítulo, la entidad aseguradora debe incorporar en el PIGT los procedimientos de recopilación de información de las características de los riesgos, así como el informe de estado y avance en la recolección de la información faltante. Los procedimientos deben tener como mínimo descripciones de las tareas a ejecutar, entregables y responsables, así como los criterios tenidos en cuenta al momento de definir las estrategias para recolectar la información. Dichos criterios deben priorizar la recolección de información de aquellos riesgos asegurados que contribuyan en una mayor proporción a la pérdida máxima probable o que representen acumulaciones significativas por zona sísmica, obedeciendo al principio de materialidad.

Cuando la entidad aseguradora modifique los procedimientos, debe actualizar los manuales y el PIGT, los cuales deben estar a disposición de la SFC.

3.13.2.3. Modelación de la cartera

La entidad aseguradora puede contar con la asesoría de terceros para la modelación de la cartera, sean estos corredores de reaseguro, consultores o personal de las firmas modeladoras, entre otros. No obstante, lo anterior no exime a la entidad aseguradora de la responsabilidad de verificar la calidad de la información de la cartera, escoger el modelo no objetado con base en criterios propios e implementar procesos que le permitan validar las gestiones y procesos de estos terceros en la modelación de la cartera, así como los resultados respectivos. Adicionalmente, la entidad aseguradora es igualmente responsable cuando la asesoría en la modelación de la cartera sea provista por miembros de su matriz o una sociedad vinculada o afiliada.

La entidad aseguradora debe incluir dentro del PIGT las políticas y procedimientos definidos para la modelación de su cartera, incluyendo los siguientes puntos:

3.13.2.3.1. Los criterios utilizados para la escogencia del modelo no objetado, tales como características de la cartera asegurada, apetito de riesgo, estructura de coaseguro y reaseguro, entre otros.

3.13.2.3.2. Información sobre el modelo seleccionado de acuerdo a los modelos no objetados por la SFC. Se debe especificar la versión del software usado para la última modelación y la última versión disponible en el mercado, los parámetros o valores que se utilizaron por defecto ante la ausencia de la información de la que trata el subnumeral 3.13.2.1. y una verificación de que el modelo replique fielmente la estructura de deducibles, coaseguros y reaseguros de la entidad aseguradora.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de que la entidad aseguradora cambie el modelo no objetado debe comunicarlo a la SFC dentro de los 10 días hábiles siguientes, mediante una comunicación que informe dicho cambio y sus implicaciones e impactos. Los cambios serán aplicables únicamente a partir del siguiente año fiscal.

Cuando la entidad cambie la versión del modelo empleada, debe notificarlo a la SFC dentro de los 10 días hábiles siguientes, mediante una comunicación que informe dicho cambio y sus implicaciones e impactos. La entidad aseguradora debe documentar en el PIGT (i) las razones por las cuales la entidad aseguradora llevó a cabo dicho cambio; (ii) las modificaciones que sufrió el modelo frente a la versión anterior que usaba la entidad aseguradora y (iii) el impacto que tiene la actualización en la modelación.

3.13.2.3.3. Las políticas, metodologías y supuestos utilizados para la modelación de la cartera cuando no cuente con la información de la que trata el subnumeral 3.13.2.1. de este Capítulo. Dichas metodologías y supuestos deben ser sustentados a partir del conocimiento del comportamiento de las edificaciones, de las prácticas constructivas en Colombia y reconocer la incertidumbre implícita de la ausencia de información. Las metodologías y supuestos de que trata este subnumeral deben estar debidamente documentadas y permanecer a disposición de la SFC para su revisión.

En caso de que la entidad aseguradora cambie los supuestos y metodologías debe comunicarlo a la SFC dentro de los 10 días hábiles siguientes, mediante una comunicación que informe dicho cambio y sus implicaciones e impactos. Los cambios serán aplicables únicamente a partir del siguiente año fiscal.

3.13.2.3.4. Los resultados de la modelación utilizando: i) las metodologías y supuestos de que trata el subnumeral 3.13.2.3.3. y ii) los parámetros o valores por defecto del modelo no objetado seleccionado.

La entidad aseguradora debe reportar como mínimo semestralmente a la SFC los resultados de la modelación anteriormente mencionados. Cuando las entidades aseguradoras cuenten con el 100% de la información de los riesgos asegurados deben reportar a la SFC mínimo semestralmente los resultados de la modelación de la cartera con el modelo no objetado.

3.13.2.3.5. Una vez obtenidos los resultados de que trata el subnumeral 3.13.2.3.4. para la determinación de las reservas técnicas del ramo, la entidad aseguradora debe utilizar la PMP que resulte mayor entre la determinada a partir de los supuestos propios de la entidad y los valores por defecto del modelo no objetado seleccionado.

3.13.2.3.6. El actuario responsable de la entidad aseguradora debe emitir concepto respecto de la escogencia de parámetros y supuestos idóneos acordes a las características físicas de los riesgos de la cartera asegurada conforme a lo establecido en el subnumeral 6.3.2.1. del Capítulo II, Título IV, Parte II de la CBJ. El PIGT debe incorporar los comentarios del actuario responsable con respecto a los supuestos y variables utilizados para la modelación de la cartera cuando no se cuente con información completa.

3.13.2.3.7. Los procedimientos implementados por la entidad aseguradora para validar los procesos y resultados de los terceros asesores para la modelación de la cartera. Adicionalmente, la entidad aseguradora debe incluir toda la información y documentación en la cual se evidencien los resultados que obtuvo de la implementación de dichos procesos.

3.13.2.4 Consideraciones adicionales

La entidad aseguradora debe documentar todas las estimaciones, procesos y usos adicionales para la gestión del riesgo de terremoto en los cuales se utiliza el modelo no objetado por la SFC escogido por la entidad aseguradora tales como, tarificación, suscripción, contratación de reaseguros, entre otros.

3.13.2.5 Función de la auditoría interna en el PIGT

La auditoría interna de la entidad aseguradora debe incluir dentro de su plan anual, las actividades para la revisión del estado de cumplimiento del PIGT. A partir de estas actividades y sus resultados, la auditoría interna debe emitir un informe que debe incluirse en el PIGT.

4. REGLAS RELATIVAS A OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

4.1. Emisión de planes alternativos de pensiones

4.1.1. Requisitos

Los planes alternativos de pensiones que emitan las entidades aseguradoras deben elaborarse sobre bases que permitan al afiliado su traslado a otro plan de capitalización o pensiones autorizado y ajustarse a los siguientes requisitos:

4.1.1.1. Amparo: Los planes alternativos de pensiones, deben amparar a los afiliados y pensionados, por lo menos contra los riesgos de vejez, invalidez, sobrevivientes y auxilio funerario. Para optar por uno de tales planes es necesario que el afiliado haya capitalizado en una administradora de fondos de pensiones una suma equivalente al capital mínimo que señale el reglamento de la Ley 100 de 1993.

4.1.1.2. Aportes: Los aportes en un plan alternativo de pensiones no pueden ser inferiores a las cotizaciones obligatorias previstas en la Ley 100 de 1993, determinadas según la base de cotizaciones al SGP de que tratan los [artículos](#) 18 y 19 de la misma Ley.

4.1.1.3. Traslado de capital: La sociedad que administre el fondo de pensiones debe trasladar a la entidad aseguradora que ofrezca el plan alternativo de pensiones escogido, los aportes que registre la cuenta individual de ahorro pensional del afiliado, dentro de los 2 días siguientes a la fecha en que éste le comunique su decisión de optar por dicho plan.

4.1.2. Condiciones generales

Los planes alternativos de pensiones que emitan las entidades aseguradoras, deben precisar además, los siguientes aspectos:

4.1.2.1. Las condiciones para acceder a las prestaciones del plan, las cuales, en relación con las coberturas mínimas señaladas en el amparo, no pueden ser distintas a las exigidas en la Ley 100 de 1993 para el régimen de ahorro individual con solidaridad.

4.1.2.2. Los valores de las pensiones con indicación de los reajustes a que hubiere lugar.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4.1.2.3. Determinación del momento a partir del cual se devenga la pensión de acuerdo con la naturaleza del riesgo.

4.1.2.4. Las condiciones de pago de la pensión. En el evento de que se estipulen cuotas periódicas, deben precisarse las fechas en que se realizarán los pagos.

4.2. Administración de fondos voluntarios de pensión.

Las entidades aseguradoras que, de acuerdo con lo dispuesto en el Libro 42 a la Parte 2 del Decreto 2555 de 2010, estén autorizadas para administrar fondos voluntarios de pensión deben atender las instrucciones incorporadas en el Capítulo VI del Título III de la Parte II de la presente Circular.

5. SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ENCARGO FIDUCIARIO DE INVERSIÓN POR PARTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

Las entidades aseguradoras pueden suscribir contratos de encargo fiduciario de inversión con las sociedades fiduciarias legalmente constituidas, para la ejecución de operaciones relacionadas con sus portafolios de inversión.

El contrato de encargo fiduciario de inversión, debe contemplar dentro de sus cláusulas claramente la responsabilidad de la aseguradora en lo relacionado con la definición privativa de las políticas en materia de administración de los riesgos asociados a sus inversiones de mercado, así como aquellas tendientes al seguimiento, análisis y evaluación de la gestión del portafolio por la sociedad fiduciaria. Igualmente, si el contrato comprende dentro de su objeto la ejecución de operaciones relacionadas con los portafolios a través de los cuales se respaldan las reservas técnicas de la entidad aseguradora, es menester pactar expresamente que el régimen de inversión de los mismos sea el previsto en los artículos 2.31.3.1.2 y siguientes del Decreto 2555 de 2010 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, es menester pactar expresamente que el régimen de inversión de los mismos, sea el previsto en los arts. 2.31.3.1.2 y siguientes del Decreto 2555 de 2010.

En el respectivo contrato debe especificarse que los procedimientos operacionales correspondientes al área de tesorería del "middle office", deben estar siempre en cabeza de la -aseguradora y por lo tanto, no es procedente contratar su manejo con terceros. Para estos efectos, se entiende por "middle office" la definición contenida en el numeral 7 del Capítulo XX de la Circular Externa 100 de 1995 de la CBCF.

Cabe resaltar que el hecho de suscribir este tipo de contratos con sociedades fiduciarias, no exime bajo ningún supuesto a la aseguradora del cumplimiento estricto de sus obligaciones legales o reglamentarias, como tampoco de las instrucciones contenidas en la presente Circular y en la CBCF, ni puede aducirse como una forma para trasladar las responsabilidades que le son inherentes en su calidad de entidades vigiladas a un tercero.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6. REGLAS RELACIONADAS CON EL ROL DE LOS ACTUARIOS DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

6.1. Definiciones

- 6.1.1. Actuario: Para efectos de lo previsto en las normas aplicables a las entidades aseguradoras, se entiende como Actuario a aquella persona natural que cuenta con formación profesional y conocimientos estadísticos, matemáticos, financieros y de administración de riesgos, concernientes a los seguros.
- 6.1.2. Actuario Responsable: Actuario que desempeñe las funciones establecidas en el subnumeral 6.2.1 de este Capítulo.
- 6.1.3. Actuario Responsable Externo: Actuario Responsable que no tenga una relación laboral con la entidad aseguradora.
- 6.1.4. Cálculo Actuarial: Cómputo, cuenta, estudio o investigación matemática, que debe ser ejecutado por un Actuario.

6.2. Actuario Responsable

De acuerdo con los artículos 2.31.4.1.2 y siguientes del Decreto 2555 de 2010, las entidades aseguradoras deben designar a un "actuaro de la compañía", de conformidad con lo previsto en el presente subnumeral.

6.2.1. Funciones del Actuario Responsable

Las entidades aseguradoras deben contar con un Actuario que, sin perjuicio de las funciones asignadas por cada entidad, tiene la responsabilidad de:

- 6.2.1.1. Certificar la suficiencia de las reservas técnicas constituidas por la entidad aseguradora.
- 6.2.1.2. Emitir los soportes técnicos actuariales que certifiquen la suficiencia de las reservas reportadas por la entidad aseguradora.
- 6.2.1.3. Emitir y certificar la metodología de cálculo de la reserva de riesgos en curso para aquellos riesgos en que la distribución del riesgo no es uniforme.
- 6.2.1.4. Emitir el sustento actuarial para excluir del cálculo de la reserva de insuficiencia de primas a aquellos siniestros de alta severidad y baja frecuencia.
- 6.2.1.5. Emitir los estudios actuariales que sustentan el cálculo de la reserva matemática.
- 6.2.1.6. Las demás funciones que la normatividad vigente asigne al Actuario Responsable.

6.2.2. Designación

La junta directiva de cada entidad aseguradora debe designar al Actuario Responsable, quien debe reunir, como mínimo, las siguientes características:

- 6.2.2.1. Tener experiencia comprobable de al menos 5 años en elaboración de notas técnicas, cálculo de reservas y fijación de tarifas, relacionadas con la industria aseguradora.
- 6.2.2.2. Tener un título de educación superior que comprenda el núcleo básico de conocimiento de economía, matemáticas, estadística, ingeniería y/o carreras afines, otorgado por una institución de educación superior nacional o internacional.

La junta directiva debe evaluar la exigencia de requisitos adicionales que le permitan constatar la idoneidad y la preparación académica para el desempeño de las funciones del Actuario Responsable, teniendo en cuenta el tamaño y complejidad de los seguros comercializados por la entidad aseguradora. En línea con las mejores prácticas internacionales, es recomendable que la persona designada pertenezca a una asociación profesional que sea miembro pleno de la Asociación Internacional de Actuarios.

La designación del Actuario Responsable se configurará con el acta de la junta directiva donde conste el nombramiento. Las entidades deben remitir a la SFC una comunicación suscrita por el representante legal de la entidad aseguradora, en la cual se notifique la designación del Actuario Responsable, dentro de los 15 días hábiles siguientes a dicha designación. Cualquier novedad relacionada con la función del Actuario Responsable debe ser reportada por la entidad dentro del mismo término.

Las entidades pueden designar a un Actuario Responsable suplente, siempre y cuando éste cumpla con los requerimientos establecidos en este capítulo. La designación del suplente debe reportarse en los mismos términos del párrafo anterior.

6.2.3. Responsabilidades de la entidad aseguradora

La entidad aseguradora debe:

- 6.2.3.1. Responder por los actos u omisiones del Actuario Responsable en el ejercicio de sus funciones, sin que pueda exonerarse de dicha responsabilidad.
- 6.2.3.2. Abstenerse de exonerar o limitar la responsabilidad del Actuario Responsable derivada del ejercicio de sus funciones.
- 6.2.3.3. Garantizar que el Actuario Responsable cuente con las facultades para exigir a las áreas responsables la información necesaria para el ejercicio de sus funciones y con el apoyo efectivo de los administradores de la entidad aseguradora para obtenerla.
- 6.2.3.4. Establecer mecanismos de reporte directo del Actuario Responsable a la junta directiva y al revisor fiscal de la entidad aseguradora.
- 6.2.3.5. Implementar políticas y procedimientos para que el Actuario Responsable conozca oportunamente la información y las decisiones que puedan impactar el cumplimiento de sus funciones.

6.2.4. Independencia

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El Actuario Responsable debe ejercer sus funciones con independencia técnica frente a los administradores de la entidad aseguradora distintos a la junta directiva. En caso de presentarse diferencias de criterio entre los administradores de la entidad y el Actuario Responsable en relación con el cumplimiento de sus funciones, éstas deben quedar documentadas junto con las decisiones que se adopten e incluirlas en los reportes que presente a la junta directiva.

Para tal efecto, la junta directiva de la entidad aseguradora debe:

6.2.4.1. Garantizar que el Actuario Responsable tenga a su disposición los recursos tecnológicos, humanos y físicos suficientes e idóneos para desempeñar sus funciones con la debida independencia.

6.2.4.2. Dictar políticas o directrices que aseguren que las decisiones del Actuario Responsable sean objetivas y su opinión técnica se sujete a los principios técnicos de equidad y suficiencia establecidos en el numeral 1.2.2 de este Capítulo.

6.2.4.3. Garantizar que el Actuario Responsable no ejerza labores que puedan generar conflictos de interés con las funciones listadas en el numeral 6.2.1 de este Capítulo. En tal sentido, no puede ejercer funciones comerciales, de suscripción, de tarificación, de indemnizaciones, y en general, funciones relacionadas con la operación de los seguros comercializados por la entidad aseguradora.

6.2.4.4. Dictar políticas o directrices que aseguren que la remuneración del Actuario Responsable no esté atada al cumplimiento de metas que afecten la objetividad de sus conceptos y decisiones. Se presume que la remuneración en función del resultado técnico de una línea de negocio, ramo, producto de seguros, afecta la objetividad de Actuario Responsable para ejercer sus funciones.

6.2.5. Actuario Responsable Externo

La entidad aseguradora puede contratar a un Actuario Responsable Externo, al cual le son aplicables las instrucciones establecidas en los numerales 6.2.1 a 6.2.4 de este capítulo. Adicionalmente, la entidad aseguradora debe:

6.2.5.1. Velar por que el Actuario Responsable Externo revele y administre los potenciales conflictos de interés, incluyendo aquellos derivados de relaciones contractuales del Actuario Responsable con terceros.

6.2.5.2. Verificar que el Actuario Responsable Externo cuenta con la capacidad técnica y operativa suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones. Se considera que el Actuario Responsable Externo carece de capacidad operativa suficiente cuando opera como tal en más de 5 entidades aseguradoras.

6.2.5.3. Garantizar que el Actuario Responsable conteste oportunamente a los requerimientos de la SFC y asista a las convocatorias efectuadas por ésta.

6.3. Requisitos para la certificación de suficiencia de las reservas técnicas

De acuerdo con el Parágrafo del [artículo 2.31.4.1.2](#) del Decreto 2555 de 2010, los estados financieros mensuales de las entidades aseguradoras deben estar acompañados de un soporte técnico en el que el Actuario Responsable certifique la suficiencia de las reservas reportadas.

6.3.1. Contenido de la certificación de la suficiencia de las reservas técnicas

La certificación de suficiencia de las reservas técnicas de la entidad aseguradora, emitida mediante documento físico o electrónico por parte del Actuario Responsable, debe contener su concepto sobre la suficiencia de las reservas técnicas para cada ramo de seguro que opere la entidad aseguradora. Dicha certificación, que debe ser remitida a la SFC junto con los estados financieros, debe contener como mínimo los siguientes elementos:

6.3.1.1. Datos básicos

- 6.3.1.1.1. Nombre o razón social de la entidad aseguradora para la cual se emite la certificación
- 6.3.1.1.2. Tipo y código de la entidad aseguradora asignado por la SFC
- 6.3.1.1.3. Nombre y firma del Actuario Responsable
- 6.3.1.1.4. Tipo y número de identificación del Actuario Responsable
- 6.3.1.1.5. Número y Fecha del acta de nombramiento del Actuario Responsable por parte de la junta directiva
- 6.3.1.1.6. Fecha de corte objeto de certificación
- 6.3.1.1.7. Número de afiliación o membresía y nombre de la asociación de actuarios a la que pertenece el Actuario Responsable, cuando sea aplicable.

6.3.1.2. Evaluación de la suficiencia de las reservas técnicas

6.3.1.2.1. Declaración de suficiencia

El Actuario Responsable debe expresar, de manera clara y concisa, un juicio sobre si las reservas técnicas constituidas por la entidad aseguradora son suficientes para respaldar las obligaciones contraídas en los contratos de seguro y si cumplen las exigencias regulatorias vigentes. Para el efecto, la certificación del actuario debe incluir variables tales como horizontes de tiempo, niveles o intervalos de confianza, supuestos e hipótesis acordes con la naturaleza de los ramos sobre los cuales se emite la certificación. La declaración de suficiencia no debe contener afirmaciones ambiguas o que no den certeza sobre el juicio de suficiencia.

Para la emisión del concepto de que trata el párrafo anterior, el Actuario Responsable debe verificar que existe coherencia entre sus estimaciones del monto al que ascienden las reservas técnicas y la información reportada por la entidad aseguradora en los estados financieros. De igual forma deberá establecer, en el caso que aplique, la cuantía de las desviaciones que se hayan detectado en cada reserva técnica por ramo o tipo de reserva de acuerdo a los tipos establecidos en el art 2.31.4.1.2 del Decreto 2555 de 2010 frente a las estimaciones del Actuario Responsable.

En caso de que la entidad aseguradora tenga agregaciones de ramos para la estimación de la reserva de siniestros ocurridos no avisados, que cumplan lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 2.31.4.4.7 del Decreto 2555 de 2010, el concepto sobre la suficiencia de las reservas corresponderá al del grupo de ramos.

El Actuario Responsable debe firmar la declaración de suficiencia de reservas técnicas y con ello certifica que el documento fue elaborado y emitido de manera libre e independiente, de conformidad con el subnumeral 6.2.4 de este capítulo.

6.3.2. Soportes de las declaraciones de suficiencia

Junto con la certificación de la suficiencia de las reservas que corresponda a la información con corte a 31 de diciembre de cada año, el Actuario Responsable debe incorporar los análisis adicionales descritos en este subnumeral, respecto de las declaraciones de suficiencia del año calendario inmediatamente anterior. El Actuario Responsable debe remitir un documento que contenga la descripción de los procedimientos adelantados, las metodologías utilizadas y las conclusiones de su análisis.

Cuando durante el mes de reporte la entidad aseguradora haya modificado alguna de las metodologías descritas, el Actuario Responsable debe presentar en la certificación correspondiente a dicho mes el análisis de la nueva metodología, detallando sus procedimientos, supuestos e impacto que estos cambios tienen, salvo que dicha modificación sea producto de una obligación regulatoria.

6.3.2.1. Análisis de la metodología de cálculo de las reservas técnicas

Para sustentar la declaración de suficiencia de las reservas técnicas, anualmente el Actuario Responsable debe llevar a cabo un análisis que permita determinar que las metodologías utilizadas para el cálculo de las reservas técnicas son técnicamente adecuadas y cumplen con la normatividad vigente. Según corresponda a cada una de las reservas técnicas, el análisis debe tener en cuenta la calidad de los datos utilizados, la pertinencia de los supuestos, pruebas de estrés, análisis de backtesting y los procedimientos que componen la metodología de cálculo definida por la entidad aseguradora.

6.3.2.2. Evaluación de la valoración de las contingencias a cargo de las reaseguradoras

Para sustentar la declaración de consistencia de las contingencias a cargo de las reaseguradoras, anualmente el Actuario Responsable debe llevar a cabo un análisis que permita determinar que la metodología de cuantificación del valor del activo por contingencias a cargo de la reaseguradora, para cada reserva técnica constituida, es técnicamente adecuada y cumple con la normatividad vigente.

Adicionalmente, anualmente deben efectuarse los análisis de las metodologías de determinación de transferencia de riesgo en los contratos de reaseguro no proporcional suscritos por ramo, según corresponda a la normatividad vigente. A partir de dichos análisis el Actuario Responsable debe manifestar de manera clara su juicio respecto de la pertinencia de dichas metodologías para cumplir con los requerimientos regulatorios.

6.3.2.3. Actividades adicionales

6.3.2.3.1. Calidad de la información

El Actuario Responsable debe verificar la consistencia e integridad de la información empleada, particularmente que los datos empleados son suficientes, confiables y precisos para el cálculo de las reservas técnicas y la valoración del activo por contingencias a cargo de las reaseguradoras.

Cuando el Actuario Responsable no cuente con toda la información para realizar la valoración de una reserva técnica y requiera para ello emplear supuestos o hacer estimaciones, debe tener soporte de los métodos y supuestos utilizados, incluyendo la información que los sustenta. Adicionalmente, debe indicar las razones por las cuales no cuenta con la información suficiente y que justifican la utilización de dichos supuestos y estimaciones.

6.3.2.3.2. Acciones correctivas frente a certificaciones anteriores

El Actuario Responsable debe hacer una descripción de las acciones correctivas tomadas frente a anomalías detectadas y reportadas en los dictámenes sobre la situación y suficiencia de las reservas técnicas correspondientes a certificaciones anteriores. En este reporte de las acciones correctivas, el Actuario Responsable debe incluir su concepto respecto de la efectividad de las acciones tomadas para subsanar las anomalías identificadas. En el caso en que las acciones correctivas requieran un plan de acción, este debe ser incorporado en el reporte.

6.3.2.3.3. Hallazgos relevantes

El Actuario Responsable debe hacer una breve descripción de los hallazgos relevantes que complementen las declaraciones emitidas, incluyendo los eventos que pueden dar lugar a cambios o anomalías en la implementación de metodologías y los eventos que hayan obstaculizado el ejercicio de las funciones del Actuario Responsable.

6.3.3. Información a cargo del Actuario Responsable

En adición a lo establecido para la certificación de suficiencia de las reservas técnicas, las entidades aseguradoras, por conducto del Actuario Responsable, deben tener a disposición de la SFC soportes detallados sobre la siguiente información:

6.3.3.1. Actividades de revisión y soportes técnicos de los análisis requeridos para la certificación de suficiencia: Las actividades que desarrolla el Actuario Responsable y su equipo de trabajo para cumplir las funciones relacionadas con la evaluación de la suficiencia de las reservas técnicas y de la consistencia del activo por contingencias a cargo de reaseguradoras.

En dichas constancias debe ser posible comprobar los objetivos, las actividades planeadas, el cronograma de ejecución de las mismas y la documentación sobre los procedimientos y supuestos empleados para llevar a cabo tales actividades.

6.3.3.2. Actividades de verificación de la consistencia e integridad de la información: Los procedimientos utilizados para validar y verificar que la información proporcionada por la entidad aseguradora sea confiable, completa y consistente.

La información relativa al cumplimiento de las funciones del Actuario Responsable debe conservarse por un plazo mínimo de 5 años mediante cualquier medio que asegure su integridad.

7. INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA IDONEIDAD DE PERSONAS NATURALES QUE EJERCEN LA INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS Y/O COLOCACIÓN DE SEGUROS

7.1. Ámbito de aplicación

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

De conformidad con el artículo 101 de la Ley 510 de 1999, las entidades aseguradoras deben velar por que las agencias de seguros y los agentes de seguros, cumplan con los requisitos de idoneidad para el ejercicio de sus funciones. Para tal efecto, todas aquellas personas naturales que ejerzan la intermediación de seguros, ya sea en calidad de empleado, agente, o como persona vinculada a un agente o a una agencia de seguros, están sujetos a las disposiciones contenidas en el presente numeral.

Así mismo, todas aquellas personas naturales que ejerzan la intermediación de seguros colocación de seguros, ya sea en calidad de empleados de una entidad aseguradora, agente, o como persona vinculada a un agente o a una agencia de seguros, se encuentran están sujetos a las disposiciones contenidas en el presente numeral.

Teniendo en cuenta lo anterior, resultan aplicables las instrucciones del numeral 7 del presente capítulo a Para los efectos del presente numeral, se entiende como Persona Natural Vinculada cualquier persona natural que reúna los siguientes criterios, las cuales se denominan Personas Naturales Vinculadas:

7.1.1. Que tenga cualquier tipo de relación contractual (comercial, laboral, o de cualquier otra naturaleza) con una entidad aseguradora, con una agencia de seguros o con un agente de seguros; y

7.1.2. Que ejerza la colocación de seguros, entendida como el conjunto de actividades de asesoría y acompañamiento en la adquisición de productos de seguros.

Las instrucciones impartidas en el numeral 7 de este capítulo no son aplicables a los intermediarios que comercialicen exclusivamente seguros del ramo de riesgos laborales, quienes deben atenerse a lo establecido en el Decreto 1637 de 2013 o las normas que lo modifiquen. No obstante lo anterior, cuando un intermediario de seguros de riesgos laborales comercialice cualquier otro ramo, debe cumplir con lo establecido en la presente norma.

7.2. Acreditación de idoneidad

Las entidades aseguradoras deben velar porque las Personas Naturales Vinculadas, cuenten con capacidad técnica y capacidad profesional, que acrediten su idoneidad, conforme a lo establecido en este capítulo.

7.2.1. Capacidad técnica

Las entidades aseguradoras deben cerciorarse de que las Personas Naturales Vinculadas cuenten con los conocimientos mínimos necesarios para la intermediación en los ramos autorizados a éstas y que dichos conocimientos se actualicen de manera periódica.

En línea con lo anterior, las Personas Naturales Vinculadas deben demostrar ante la entidad aseguradora, que cuentan con capacidad técnica, a través de (i) la realización de un curso de formación y la aprobación de exámenes de conocimiento, que desarrollen y evalúen como mínimo el contenido previsto en el subnumeral 7.2.1.1 de este capítulo o (ii) la acreditación de experiencia.

Para efectos de la acreditación de experiencia, en línea con lo establecido en el artículo 2.30.1.1.3 del Decreto 2555 de 2010, aquellas personas que durante al menos dos (2) años hayan (i) desempeñado funciones de dirección o administración en entidades del sector asegurador; (ii) prestado asesorías durante el mismo término en el sector asegurador, relacionadas con la intermediación de seguros; o (iii) desempeñado funciones relacionadas con el objeto social de las entidades aseguradoras, pueden hacer valer dicha experiencia para efectos de la acreditación de su capacidad técnica. Dicha experiencia debe ser demostrada y documentada por la Persona Natural Vinculada y comprobada por la entidad aseguradora, según los criterios que para tal efecto ésta defina. No obstante lo anterior, estas personas estarán sujetas al deber de efectuar un curso de actualización, de acuerdo con lo establecido en el subnumeral 7.2.1.4 del presente Capítulo.

7.2.1.1. Características del curso de formación

El curso debe cubrir, como mínimo, los siguientes temas:

- 7.2.1.1.1. Aspectos básicos del contrato de seguros;
- 7.2.1.1.2. Régimen aplicable a los ramos de seguros;
- 7.2.1.1.3. Aspectos básicos de administración de riesgos;
- 7.2.1.1.4. Aspectos de SARLAFT, relacionados con la intermediación de seguros;
- 7.2.1.1.5. Aspectos relevantes de protección al consumidor financiero y atención al cliente.

Las Personas Naturales Vinculadas deben aprobar exámenes de conocimiento de los contenidos mencionados.

7.2.1.2. Organismos Autorizados

Para ser susceptibles de acreditar la capacidad técnica, el curso de formación y los exámenes de conocimiento a los que se refiere el subnumeral anterior, pueden realizarse en las siguientes entidades, consideradas Organismos Autorizados:

7.2.1.2.1. Instituciones de educación superior reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

7.2.1.2.2. Entidades aseguradoras o corredores de seguros que cuenten con un área de formación en esta materia, que implementen cursos de formación a intermediarios de seguros.

7.2.1.2.3. Asociaciones, federaciones, organismos de autorregulación y demás formas asociativas gremiales o sus organismos educativos adscritos, que implementen cursos de formación a intermediarios de seguros.

Las personas que se desempeñen como instructores del curso de formación deben al menos: (i) ser profesionales universitarios o técnicos; (ii) tener experiencia profesional específica mínima de 3 años en instituciones del sector de seguros o reaseguros y (iii) tener experiencia profesional o académica en las áreas relacionadas con los temas que comprende el curso dictado.

7.2.1.3. Homologación

La acreditación de capacidad técnica emitida por cualquiera de los Organismos Autorizados es válida para ejercer como intermediario de seguros de cualquier entidad aseguradora o intermediario de seguros siempre y cuando esté dentro de los términos establecidos en el subnumeral 7.2.1.4 del presente Capítulo. No obstante lo anterior, las entidades aseguradoras (i) deben capacitar a las Personas Naturales Vinculadas, respecto de los productos específicos ofrecidos por cada entidad aseguradora y (ii) pueden establecer requisitos adicionales para la autorización de intermediarios de seguros.

7.2.1.4. Vigencia y actualización de la capacidad técnica

Las entidades aseguradoras deben velar por que las Personas Naturales Vinculadas, actualicen sus conocimientos mediante la realización de un curso de actualización y exámenes de conocimiento, como mínimo cada 4 años, contados a partir de la fecha en que la Persona Natural Vinculada acreditó por última vez su capacidad técnica.

Para tal efecto, dichas entidades deben verificar que las Personas Naturales Vinculadas demuestren la realización de un curso de actualización impartido por alguno de los Organismos Autorizados, el cual debe incluir los temas definidos en los subnumerales 7.2.1.1.2 al 7.2.1.1.5 de este capítulo.

Las Personas Naturales Vinculadas que cuenten con la experiencia prevista en el artículo 2.30.1.1.3 del Decreto 2555 de 2010 previamente citado, también están obligadas a realizar el curso de actualización.

7.2.2. Capacidad profesional

Las entidades aseguradoras deben velar por que las Personas Naturales Vinculadas ejerzan la intermediación de seguros de acuerdo con las sanas prácticas comerciales, financieras y de seguros. Para tal efecto, deben fijar mecanismos para corroborar la capacidad profesional de manera previa a su vinculación o al momento de efectuar la actualización de su capacidad técnica, de conformidad con lo establecido en el numeral 7.2.1.4 de este capítulo.

7.3. Responsabilidades de la junta directiva

Corresponde a la junta directiva de las entidades aseguradoras establecer las políticas y aprobar los procedimientos necesarios para garantizar el cumplimiento de los requisitos de idoneidad de las Personas Naturales Vinculadas y el cumplimiento del deber de información de los mismos, refiriéndose como mínimo a los siguientes aspectos:

7.3.1. Procedimientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los requisitos de acreditación de idoneidad y el régimen de inhabilidades e incompatibilidades que exijan las normas vigentes. Para tal efecto las políticas deben orientarse a asegurar (i) la actualización y renovación del contenido de los cursos y sus metodologías de evaluación, (ii) la pertinencia del contenido, (iii) la objetividad e imparcialidad y confidencialidad de los métodos de evaluación y (iv) el adecuado manejo de conflictos de interés relacionados con el diseño, implementación y evaluación de la capacidad técnica de las personas naturales que ejerzan la intermediación de seguros. Este subnumeral sólo aplicará para aquellas entidades aseguradoras que implementen cursos de formación y/o de actualización destinados a la acreditación de capacidad técnica.

7.3.2. Determinación del área responsable del proceso de acreditación y homologación de idoneidad de las Personas Naturales Vinculadas autorizadas por parte de la entidad aseguradora para adelantar actividades de intermediación de seguros. Dicha función debe estar centralizada en una única área responsable y no puede ser delegada a otros funcionarios o áreas.

7.3.3. Disposiciones especiales en el Código de ética y conducta de la entidad y conducta aplicables a las personas que ejerzan la intermediación y/o colocación de seguros que establezcan como mínimo:

7.3.3.1. El procedimiento y los criterios de evaluación de la capacidad profesional de las Personas Naturales Vinculadas, las personas naturales que ejerzan labores de intermediación de seguros, vinculadas a la entidad aseguradora, a las agencias de seguros o a los agentes de seguros.

7.3.3.2. Las conductas y prohibiciones a las cuales deben sujetarse las Personas Naturales Vinculadas a la entidad aseguradora, a las agencias de seguros o a los agentes de seguros.

7.3.3.3. El régimen legal de inhabilidades aplicable a las Personas Naturales Vinculadas.

7.3.3.4. Los mecanismos mediante los cuales la entidad velará por el cumplimiento de los subnumerales 7.3.3.1 por el cumplimiento del deber de información desarrollado en el Capítulo I, Título III, Parte I de la CBJ., 7.3.3.2. y 7.3.3.3. del presente Capítulo.

7.3.3.5. El procedimiento sancionatorio frente a la inobservancia del Código de ética y conducta y las consecuencias de su incumplimiento, de conformidad con lo previsto en el subnumeral 3.1.1. del Capítulo IV del Título I de la Parte I de esta Circular. Políticas y procedimientos aplicables al incumplimiento del código de ética y conducta que impliquen la adopción de sanciones contractuales por parte de la entidad aseguradora respecto de un agente o agencia de seguros y sus Personas Naturales Vinculadas. Estas políticas y procedimientos deben garantizar que la entidad aseguradora cuenta con los mecanismos y facultades suficientes respecto de los agentes o agencias para dar por terminada la vinculación de la persona infractora y actualizar dicha información en su sitio web y el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros unificado de información de que trata el Capítulo I, Título III, Parte I de la CBJ, respetando siempre el derecho al debido proceso.

7.3.4. Determinación de los controles, mecanismos de control interno que aseguren un efectivo seguimiento de las políticas establecidas en materia de idoneidad de las Personas Naturales Vinculadas personas naturales que ejerzan la intermediación de seguros, de conformidad con lo establecido en el Capítulo IV, Título I, Parte I de la CBJ. Estas medidas deben incluir mecanismos para mantener actualizado el listado de Personas Naturales Vinculadas.

7.3.5. Los mecanismos y procedimientos adicionales que la entidad considere necesario implementar para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente numeral.

7.4. Documentación

Las entidades aseguradoras deben documentar el cumplimiento de las instrucciones que se adoptan en el numeral 7 de este capítulo y tenerlos a disposición de la SFC. En el evento en que los cursos y exámenes sean realizados por medios virtuales, deben existir medios verificables para corroborar el cumplimiento de los requisitos establecidos en este numeral.