

**DECLARATIVO VERBAL / MARTHA CECILIA RIVERA c. COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. / RAD.2021-1047 / CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

Arturo Sanabria Gomez <asanabria@sanabriagomez.com>

Mar 29/03/2022 3:21 PM

Para: Juzgado 07 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.

<cmpl07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;martha\_rivera842@yahoo.com

<martha\_rivera842@yahoo.com>;RICARDO HERNAN RIVERA MANTILLA <abogado@ricardorivera.co>

CC: Notificaciones Judiciales <notificacionesjudicialessga@sanabriagomez.com>;notificaciones

<notificaciones@segurosbolivar.com>;lina.hernandez@segurosbolivar.com

<lina.hernandez@segurosbolivar.com>

Señores

**JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE BOGOTÁ**

Vía correo electrónico

**RAD.: 110014003007202101047**  
**EXPEDIENTE: 2021-1047**  
**DEMANDANTE: MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO**  
**DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**  
**ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

**ARTURO SANABRIA GÓMEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.451.316 expedida en Bogotá, portador de la tarjeta profesional número 64454 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, presento contestación de la demanda.

Adjunto el poder conferido por **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, junto con el correo por el cual se envió y los certificados de existencia y representación de la compañía ante la Cámara de Comercio y la Superintendencia Financiera.

También adjunto los anexos de la contestación y copia de mi tarjeta profesional.

Saludos cordiales,

Arturo Sanabria  
Socio

**SANABRIA GÓMEZ**  
ABOGADOS

Sanabria Gómez Abogados  
Calle 98 No. 9 A - 21 Oficina 303  
Tel. 571 3003874 Ext. 103  
[asanabria@sanabriagomez.com](mailto:asanabria@sanabriagomez.com)

Señores

**JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE BOGOTÁ**

*Vía correo electrónico:*

[cmpl07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**RADICADO: 110014003007202101047**  
**DEMANDANTE: MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO**  
**DEMANDADOS: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**

**ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA**

**ARTURO SANABRIA GÓMEZ**, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado portador de la tarjeta profesional número 64454 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado judicial de COMPAÑÍA SEGUROS BOLIVAR S.A. (la “**DEMANDADA**” o la “Aseguradora”), identificada con NIT. 860.002.503-2., sociedad domiciliada en Bogotá D.C., en la oportunidad legal, **CONTESTO LA DEMANDA** de la referencia.

## **I. OPORTUNIDAD**

La Aseguradora fue demandada directamente y el auto admisorio de la demanda fue notificado personalmente el 28 de febrero de 2022. En consecuencia, este escrito se presenta de manera oportuna.

## II. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Me pronuncio con respecto a los hechos de la demanda:

### Hecho No. 1:

*“1-. El 1 de marzo de 2007 la señora MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO en su calidad de docente, celebró con la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR SA, un contrato de seguro de vida grupo, producto denominado PLAN NIVELADO No. 2782206745021, exclusivo para Educadores de Colombia”.*

No es cierto. En primer lugar, quien celebró el contrato de seguro con la Aseguradora fue Fundación de Educadores de Colombia. Además, la señora MARTHA CECILIA RIVIERA CASTRO (la “**DEMADANTE**” o la “Asegurada”) ingresó a la póliza en el año 2000, con inicio de vigencia el 1° de septiembre de ese año.

Además, de conformidad con el certificado expedido por la Aseguradora el 22 de septiembre de 2021, aportado en la demanda, la señora MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO tiene la calidad de Asegurada de la póliza GRUPO – PLAN NIVELADO No.2782206745021 (el “Contrato” o la “Póliza”), con vigencia desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 1 de octubre de 2022.

Cabe aclarar que, el 14 de agosto de 2015, mediante Anexo de Conversión, la Aseguradora y la Asegurada, de común acuerdo, reemplazaron el contrato de seguro vida grupo denominado “Plan Maestro Integral o Educadores de Colombia” GR-3176 por el contrato de seguro de vida grupo “Educadores Plus” GR-108. Se aporta este anexo con el presente escrito.

**Hecho No. 2:**

*“2-. En dicho contrato, el tomador era la Fundación Educadores de Colombia y el asegurado era la señora MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO”.*

Es cierto.

**Hecho No. 3:**

*“3-. Para la vigencia del 1 de junio del 2011 al 1 de junio de 2012, la señora MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO decidió incluir como asegurado a su esposo FABIAN CASTELLANI ABELLANEDA, cada uno con un valor asegurado de \$30.000.000, por los riesgos de vida e incapacidad total y permanente”.*

No es cierto. Como se evidencia en los documentos que se aportarán con el presente escrito, el 18 de febrero de 2001 el señor FABIAN CASTELLANI ABELLANEDA ya figuraba como segundo asegurado de la póliza, cada uno con un valor asegurado de \$15.000.000.

**Hecho No. 4:**

*“4-. Para la vigencia 2020-2021, los riesgos protegidos seguían siendo la vida y la incapacidad total y permanente con un valor asegurado de \$30.000.000”.*

Es cierto.



**Hecho No. 5:**

*“5-. El 25 de junio del 2019, la asegurada fue notificada acerca de su pérdida de capacidad laboral en un porcentaje correspondiente al 100%, por presentar entre otras, trastorno mixto de ansiedad y depresión, reacción al estrés agudo, vértigo periférica e hipoacusia nervio sensorial bilateral moderado severo”.*

Es parcialmente cierto. No me consta que efectivamente la DEMANDANTE fuera notificada el 25 de junio de 2019. Sin embargo, del Dictamen de Invalidez del 19 de junio de 2019, aportado en la demanda, se evidencia que la JUNTA MÉDICA DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL – UT SERVIALUD SAN JOSÉ (“Junta Médica”) dictaminó su pérdida de capacidad laboral en un porcentaje del 100%.

**Hecho No. 6:**

*“6-. El 21 de febrero de 2020 la asegurada presentó la reclamación interrumpiendo el término de la prescripción de conformidad a lo establecido en el artículo 94 del CGP”.*

Es cierto que la demandante presentó una reclamación. Lo demás no es un hecho, sino una simple consideración jurídica.

**Hecho No. 7:**

*“7-. El 7 de mayo de 2020 la compañía objetó la reclamación en el sentido de que, en el caso particular no se cumplen las condiciones establecidas en el contrato para acceder al pago solicitado, teniendo en cuenta que para que haya lugar a la cobertura solicitada, se deben reunir todos los supuestos, es decir, un periodo continuo de 180 días de incapacidad y que el Asegurado de por vida no pueda desempeñar tres o más de las actividades básicas de la vida diaria”.*

Es cierto.

**Hecho No. 8:**

*“8-. Posteriormente la asegurada presentó petición en línea telefónica, solicitando la póliza vigente al momento del siniestro (2019 al 2020) y un certificado de la antigüedad respecto de la vinculación a la póliza. La compañía SEGUROS BOLIVAR envió a la asegurada la vigencia correspondiente al año 2020 al 2021; y asimismo certificó que la póliza tiene una vigencia desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 1 de octubre de 2022”.*

Es cierto.

**III. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES**

Me **opongo** a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones por carecer de fundamento fáctico y jurídico.

A continuación, expongo los fundamentos de la oposición a las pretensiones:

**IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO**

**A. NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

De conformidad con el artículo 1045 del Código de Comercio (“C.Co.”), los contratos de seguros comportan un elemento esencial: el riesgo asegurable. Este último definido en el artículo 1054 del mismo código como el suceso *“incierto que no*

*depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurador, o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador”.*

En efecto, el riesgo asegurable es un elemento esencial, pues es el exponente y el presupuesto de la causa contractual que se encuentra presente a lo largo de toda la vida del seguro. Además, como lo ha indicado la Corte Constitucional en sentencia T- 591 del 2017, el riesgo asegurable *“permite identificar el siniestro, definir las obligaciones para las partes, la forma de ejecución del contrato y el valor de la prima del seguro”.*

Ahora bien, el riesgo asegurable que interesa a cada contrato de seguro es aquel que está determinado en él, en la póliza o condicionado del contrato, pues es el contrato el que limita y delimita la modalidad o modalidades de riesgos que las aseguradoras cubrirán.

En el Contrato de seguro se determinaron unos riesgos amparados por la póliza, entre los cuales se encuentra la incapacidad total y permanente. Esta última entendida y definida en el Anexo de Incapacidad Total y Permanente del Contrato de seguro en los siguientes términos:

***“PRIMERA. – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.***

*PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA*

*DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD”.*

Pues bien, la **DEMANDANTE** no cumple con los supuestos establecidos en el Contrato para que haya lugar a la cobertura por Incapacidad Total y Permanente.

En efecto, la **DEMANDANTE** no aportó pruebas que acrediten que padece lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerativo.

Además, tampoco acreditó que dicha incapacidad se ha presentado por un periodo continuo no menor de 150 días o que ha perdido su visión en ambos ojos u alguna extremidad de su cuerpo.

No se debe perder de vista que, para efectos de las reclamaciones por los riesgos amparados, la carga probatoria recae sobre la parte **DEMANDANTE**, de conformidad con el artículo 1077 del C.Co. el cual establece que “*corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida,*

*si fuere el caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”, en concordancia con el artículo 167 del Código General del Proceso (“C.G.P.”), que le impone a la parte demostrar el supuesto de hecho de la norma que invoca a su favor.*

En este orden de ideas, la **DEMANDANTE** ha fallado en demostrar la realización del riesgo asegurable y, en consecuencia, la ocurrencia de un siniestro que dé lugar a la reclamación de la prestación acordada.

## **B. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN CONDICIONAL DEL ASEGURADOR**

La obligación del asegurador está sometida a una condición, un hecho futuro e incierto que no depende de la sola voluntad del tomador o del asegurado; esto es, el riesgo asegurable del que tratan los artículos 1045 numeral 2 y 1054 del C.Co.

De conformidad con el artículo 1054 del C.Co., la realización del riesgo asegurable y, por tanto, la ocurrencia del siniestro, da origen a la obligación del asegurador. Esta última entendida por la Corte Constitucional en sentencia T-591/17, como *“la obligación de pagar la prestación acordada ante la ocurrencia del siniestro, en concordancia con las cláusulas del contrato y el marco jurídico correspondiente”*.

En virtud de la obligación condicional, la **DEMANDADA** asumió el amparo del riesgo asegurable, esto es la Incapacidad Total y Permanente, mediante el pago de la prestación asegurada, sujeta la condición a la ocurrencia del siniestro. Sin embargo, como se mencionó en literal A. de las presentes excepciones, no se acreditó la realización del riesgo asegurable que se amparó en el Contrato, por lo cual la obligación condicional de la **DEMANDADA** de hacer efectiva la póliza nunca nació a la vida jurídica.

Lo anterior de conformidad con lo establecido por la Corte Constitucional en sentencia T-053 del 2017, en donde explica que *“la obligación de hacer efectiva la póliza solamente surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro”* y por tanto *“únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato”*.

### C. INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

En concordancia con el artículo 1602 del Código Civil y lo indicado por la Corte Constitucional en sentencia C-1108/10, la responsabilidad civil contractual es *“aquella que resulta de la inejecución o ejecución imperfecta o tardía de una obligación estipulada en un contrato válido”*. Es decir que debe tener su origen en un incumplimiento, doloso o culposo, de las obligaciones derivadas de un contrato debidamente celebrado, y no propiamente de un hecho jurídico.

En este caso no se evidencia un incumplimiento doloso o culposo de las obligaciones de la **DEMANDADA** adquiridas en virtud del Contrato, pues, al no demostrarse la realización del riesgo asegurable y por ende la ocurrencia de un siniestro, la **DEMANDADA** no incumplió su obligación condicional de pagar la prestación acordada.

### D. ASUNCIÓN DE RIESGOS POR PARTE DE LA DEMANDADA

De conformidad con el artículo 1056 del C.Co., la delimitación del riesgo asegurable es una potestad de la aseguradora, la cual *“podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”*.

La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 19 de noviembre de 2011, explicó que el asegurador tiene la facultad de asumir a su arbitrio, respetando todas las restricciones legales, todos o algunos riesgos a los que está expuesto el asegurado y a su vez puede limitarlos “(...) *sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo tiempo y lugar, que de cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato (...)*”.

Asimismo, la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia en cuestión, dejó claro que la cobertura de riesgos estipulados, entendida esta como el principio en virtud del cual la aseguradora tan solo debe asumir los riesgos que se indiquen en la póliza, es fundamental pues, es la regla general en materia de seguros.

De esta manera, no puede afirmarse que la **DEMANDADA** está limitando un derecho a la **DEMANDANTE**, pues ni siquiera existe derecho que limitar. En efecto, como lo argumentan los tratadistas Daniel Ossa Gómez y María Trujillo Gómez, en la Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros, si un riesgo no está cubierto por la póliza “*no existiría un derecho del asegurado por restringir, pues el asegurado nunca tuvo derecho a gozar de dicha cobertura*”<sup>1</sup>. Además, la **DEMANDADA** tampoco estaría limitando su responsabilidad pues, en cabeza suya, nunca surgió obligación resarcitoria.

En este sentido, en ejercicio de la libertad contractual prevista en el artículo 1056 del C.Co., no existe razón alguna para prohibirle a la Aseguradora, en su libre arbitrio, determinar y delimitar cuáles riesgos está dispuesta o no a cubrir, y mucho menos tachar de abusivas las cláusulas que definen dichos riesgos.

---

<sup>1</sup> Revista – Ibero Latinoamericana de Seguros. (2021). P.121-142.

## E. INEXISTENCIA DE CLÁUSULAS ABUSIVAS E INEFICACIA DE ESTAS.

No se evidencia la exigencia de cláusulas abusivas en el Contrato toda vez que las estipuladas fueron pactadas de manera consensual y bilateral por las partes, para que, una vez se acreditaran, se pudiera hacer exigible la prestación acordada. Lo anterior bajo el entendido que el contrato de seguro es un contrato privado, consensual y bilateral, que depende de la voluntad de las partes<sup>2</sup>.

En efecto, como lo ha establecido la Corte Constitucional en sentencia T-053 del 2017 y el Juzgado Once Civil del Circuito de Bogotá en sentencia del 15 de diciembre de 2020:

*“La determinación del alcance del seguro está dada por las cláusulas que fueron pactadas en la póliza y los documentos que la integran, como quiera que éstos definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados”.*

En este sentido, es el Contrato mismo el que limita y delimita la modalidad o modalidades de riesgos que la Aseguradora cubrirá. Por tanto, el riesgo asegurable es solamente aquel que está determinado en él, en la forma en que fue previsto y aceptado por las partes, por lo cual no hay lugar a afirmar que es una cláusula contraria a la ley que limita la responsabilidad de la **DEMANDADA**.

Además, es fundamental dejar claro que del presente Contrato de seguro surgen obligaciones entre privados, las cuales son totalmente ajenas al sistema de

---

<sup>2</sup> El tratadista Hernán Fabio López en su libro “Comentarios al contrato de seguro”, ha resaltado que: “el hecho de que sea un contrato de adhesión no implica la supresión de la manifestación de la voluntad de uno de los contratantes, es más, este es libre de aceptar la oferta en las condiciones preestablecidas y normalmente sin lugar a duda, constituyendo esa manifestación la esencia del consentimiento propio del contrato”.



seguridad social, razón por la cual las partes tienen total libertad contractual para establecer sus clausulados.<sup>3</sup>

Por último, contrario a las afirmaciones de la **DEMANDANTE** con respecto al hecho de que la definición de Incapacidad Total y Permanente supuestamente lleva **implícita** una exclusión que no figura en la primera página de la póliza, es fundamental traer a colación la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia. En sentencia SC-53272018 del 13 de abril de 2018, la Corte Suprema de Justicia fue muy clara al explicar que la cláusula de exclusión en un contrato de seguro no debe recaer sobre riesgos amparados, sino solo debe predicarse de un riesgo no asegurado o sobrepasar los límites de este:

*“si la eximente alude al riesgo amparado, que concentra el núcleo del contrato y, por ende, se inmiscuye en el estado del mismo, en tal supuesto realmente no hay exclusión, sino una impropia calificación del estado del riesgo, que debe efectuarse ex ante”.*

En este orden de ideas, y teniendo en cuenta lo argumentado en el literal D. de las presentes excepciones, no hay lugar a considerar que la definición de Incapacidad Total y Permanente sea una cláusula abusiva. En efecto, no cumple con los requisitos para ser considerada como tal, establecidos en el artículo 11 de la Ley 1328 de 2009, norma usada como fundamento de derecho de la demanda.

---

<sup>3</sup> Como señala el tratadista Fernando Palacios Sánchez: *“Ante todo es prudente manifestar que, como todo seguro privado, el asegurador establece y diseña los objetivos de su cobertura fijando así las condiciones propias del producto que ofrece al mercado (...) condiciones a las que tendrá que adherirse el asegurado cuando contrate su protección.*

*Consecuentes con el contenido del párrafo anterior se puede expresar que las reglamentaciones de carácter legal que se fijen, por ejemplo, en la seguridad social para coberturas similares de invalidez, no son de aplicación automática al seguro privado, ya que en un sistema de libre competencia cada empresa aseguradora tiene y maneja sus propias estadísticas para definir su propio producto.”.* Palacios Sánchez, F. (2007).

Es decir, la definición de Incapacidad Total y Permanente es una cláusula que: (i) no prevé o implica limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de la asegurada, (ii) no invierte la carga de la prueba en perjuicio de la Asegurada, (iii) no incluye espacios en blanco, (iv) no limita los derechos de la Asegurada o exonera, atenúa o limita la responsabilidad de la Aseguradora.

#### **F. LA NO INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN POR PARTE LA DEMANDANTE.**

El artículo 94 del C.G.P. dispone, en su inciso final, que el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor interrumpe el término de prescripción.

La **DEMANDANTE** asegura en el acápite de hechos que: *“El 21 de febrero de 2020 la asegurada presentó la reclamación interrumpiendo el término de la prescripción de conformidad a lo establecido en el artículo 94 del CGP”*.

Sin embargo, para que dicho requerimiento surta el efecto de interrumpir la prescripción, deber ser, en términos del doctrinante Hernán Fabio López Blanco;

*“(...) preciso, concreto e identificar claramente la obligación cuyo pago se solicita. Por eso comunicaciones de contenido general dirigidas a un deudor no tienen esas connotaciones, como tampoco la puede tener otras que no hacen referencia al punto específico de obtener el pago”<sup>4</sup>.*

La reclamación que presentó la DEMANDANTE no es precisa, concreta o identifica la obligación cuyo pago se solicita. Tan es así que dentro de la misma no se hace una identificación de la póliza que se pretende afectar ni no se menciona la suma que se pretende cobrar.

---

<sup>4</sup> LÓPEZ BLANCO, HERNÁN FABIO. Comentarios al contrato de seguro. Dupres Editores LTDA. Bogotá, Colombia. 2022. P. 579.

Además, de conformidad con la sentencia del 28 de octubre de 2020, emitida por el Juzgado 35 Civil Municipal de Bogotá, confirmada por el Juzgado 24 Civil del Circuito de Bogotá en sentencia del 22 de marzo de 2022, *“la reclamación no corresponde a un requerimiento en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso, en tanto pues dicha regla parte de la existencia de un acreedor y de un deudor, así como de una obligación clara, expresa y exigible”*.

Lo que no se asemeja a la situación aquí planteada y no es aplicable a la reclamación efectuada en tratándose de contratos de seguros. Por tanto, la reclamación presentada por la **DEMANDANTE**, al no cumplir con lo establecido en el artículo 94 del C.G.P., no surte el efecto de interrumpir la prescripción.

## G. PRESCRIPCIÓN

El artículo 1081 del C.Co., relativo a la prescripción de las acciones derivadas de un contrato de seguro, dispone:

*“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

**La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.**

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho”. (Subrayo y resalto).*

En el caso que nos ocupa, la **DEMANDANTE** afirma en la demanda que tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción, es decir la notificación de su pérdida de capacidad laboral del 100%, por parte de la Junta Médica, el 25 de junio de 2019.

Entonces, teniendo en cuenta que, como se argumentó en el literal F. de las presentes excepciones, el término de la prescripción no se interrumpió con la presentación de la reclamación el 21 de febrero de 2020, desde el mismo 25 de junio de 2019 inició la contabilidad del término de la prescripción ordinaria.

Por lo cual la prescripción se configuró el 25 de junio de 2021, sin que a esa fecha se hubiere llevado a cabo ninguna acción tendiente a interrumpir el término. En efecto, la demanda se presentó el 9 de diciembre de 2021.

En virtud de lo anterior, solicito al despacho declare probada la excepción de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y absuelva a la Aseguradora.

#### **H. EXCEPCIÓN GENÉRICA**

Le solicito al señor Juez, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 282 del C.G.P., declarar cualquier otra excepción o defensa que aparezca demostrada en el proceso.

#### **V. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

El artículo 206 del C.G.P. dispone:

---

Sanabria Gómez Abogados S.A.S. - Calle 98 No. 9 A - 21 Of. 303 - Tel. 571  
3003874

*“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo **razonadamente** bajo juramento en la demanda o petición a correspondiente, **discriminando cada uno de sus conceptos**. (...)”.*  
(Subrayo y resalto).

En lo que concierne a la suma de CATORCE MILLONES TRECIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS PESOS (\$14.324.500) por intereses moratorios, no se cumple con lo establecido en el artículo 1077 del C.G.P. Es decir, la **DEMANDANTE** no logró demostrar la ocurrencia de un siniestro, por tanto, no se causan intereses.

## VI. PRUEBAS

Le solicito respetuosamente señor Juez que decreten las siguientes pruebas para efectos de que sean practicadas y valoradas al momento de proferir la sentencia:

### A. DOCUMENTALES

Además de las pruebas documentales aportadas con la demanda, solicito que se decreten como pruebas las siguientes que presento junto con la contestación de la demanda:

- 1.1. Póliza de Seguro de Vida de Grupo Educadores Plus GR-0000000000108.

- 1.2. Condiciones Generales aplicables a la Póliza de Seguro de Vida de Grupo Educadores Plus GR-0000000000108.
- 1.3. Condiciones Particulares aplicables a Póliza de Seguro de Vida de Grupo Educadores Plus GR-0000000000108.
- 1.4. Histórico de la póliza de seguro de vida grupo educadores de la DEMANDANTE.
- 1.5. Anexo de conversión del 14 de agosto de 2015.
- 1.6. Certificado expedido por COMPAÑÍA SEGUROS BOLIVAR el 22 de septiembre de 2021, el cual ya obra en el expediente.
- 1.7. Formato para reclamaciones de seguros de vida y sus anexos del 21 de febrero de 2020.

## B. INTERROGATORIO DE PARTE

Según lo dispuesto por el artículo 198 del C.G.P., solicito que se fije fecha y hora para recibir el interrogatorio de **MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO** para que absuelva el interrogatorio que le formularé en el momento de la diligencia, sin perjuicio de presentar antes un pliego escrito.

## C. FRENTE A LA SOLICITUD DE PRUEBAS

En cumplimiento a lo estipulado en el artículo 90 del Código General del Proceso:

- a. No cuento con: *“El recibido del medio electrónico mediante el cual se presentó la reclamación, con el fin de establecer la fecha de dicha reclamación”*.
- b. No cuento con: *“La póliza de seguro inicial o primera vigencia, mediante la cual la asegurada ingresó a la póliza y su respectivo condicionado”*.

#### D. ANEXOS

- 1.1. Los indicados en el acápite de pruebas.
- 1.2. Poder debidamente conferido para actuar en el presente proceso.
- 1.3. Certificado de existencia y representación legal de la COMPAÑÍA SEGUROS BOLIVAR S.A. el cual ya obra en el expediente.
- 1.4. Copia de la Tarjeta Profesional de Abogado.

#### VII. PETICIÓN

De conformidad con los argumentos de hecho y de derecho expuestos en esta contestación, solicito respetuosamente señor Juez que declare probadas las excepciones, deniegue las pretensiones de la demanda en contra de la Aseguradora y condene a la **DEMANDANTE** al pago de costas y agencia en derecho.

#### VIII. NOTIFICACIONES

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. podrá ser notificada en la Avenida El Dorado No. 68B - 31, Edificio Seguros Bolívar Piso 10, en la ciudad de Bogotá D.C. También recibirá en la siguiente dirección de correo electrónico: [notificaciones@segurosbolivar.com](mailto:notificaciones@segurosbolivar.com)

El apoderado de Seguros Bolívar S.A., Arturo Sanabria Gómez, puede ser notificado en la Calle 98 No. 9ª - 21 Oficina 303, en la ciudad de Bogotá D.C. Teléfono: 300 38 74. También las recibirá en la siguiente dirección de correo electrónico: [notificacionesjudiciales@sanabriagomez.com](mailto:notificacionesjudiciales@sanabriagomez.com)

Respetuosamente,

  
ARTURO SANABRIA GÓMEZ

C.C. 79.451.316 Btá

T.P. 64454 C.S. de la J.





**FORMATO PARA RECLAMACIONES  
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS**  
Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

**1. Datos Generales**

Nombre completo del Asegurado

Martha Cecilia Rivera Castro

Cédula

26-566-842

☐ Vida ☐ Rentas ☒ Incapacidad total y permanente ☐ Enfermedades graves ☐ Accidentes personales ☐ Gastos médicos ☐ Hospitalización

**2. Autorización para pago por transferencia**

☒ Primera vez

☐ Modificación

Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica.

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad a la que represento), se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

Tipo de cuenta

Número de cuenta

Nombre entidad financiera

Ahorros ☒

Corriente ☐

58200025464

Bancolombia

Adjunto certificado de Cámara de Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

**DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.**

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

martha\_rivera842@yahoo.com

Lugar y Fecha

Palmira Valle 21-02-2020



Huella

Martha Cecilia Rivera Castro

Firma del Asegurado

C.C. No. 26-566-842

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

Forma B-012 (Rev. Ago./19)

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.566.842**

**RIVERA CASTRO**

APELLIDOS  
**MARTHA CECILIA**

NOMBRES

*Martha Cecilia Rivera Castro*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1969**

**SAN AGUSTIN**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

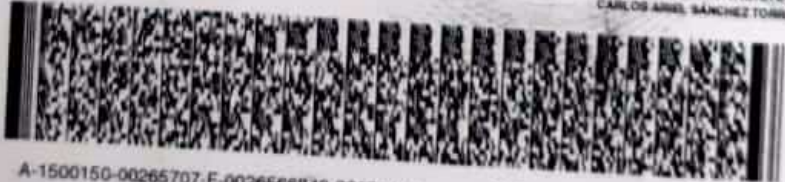
**1.65**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**08-ABR-1987 SAN AGUSTIN**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00265707-F-0026566842-20101116 0024813459A 2 1111049837

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.566.842**

**RIVERA CASTRO**

APELLIDOS

**MARTHA CECILIA**

NOMBRES

*Martha Cecilia Rivera Castro*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1969**

**SAN AGUSTIN**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**08-ABR-1987 SAN AGUSTIN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00265707-F-0026566842-20101116

0024813459A 2

1111049837





Conocimiento del Cliente  
**PERSONA NATURAL**

Vinculación ☐ Actualización de Datos ☐

Localidad

Fecha de diligenciamiento

21 02 2020

**Información General**

Tipo de documento

CC ☒ CE ☐ TI ☐ PP ☐ Otro ☐

No. de documento

26 566 842

Fecha de nacimiento

10 02 1964

Lugar de nacimiento

San Agustín (H)

Primer nombre

Martha

Segundo nombre

Cecilia

Primer apellido

Rivera

Segundo apellido

Castro

Nacionalidad

Colombiana

Estado civil

Casada

Sexo

F ☒ M ☐

Hobby

Leer

No. de hijos

1

Dirección de residencia

Rta 42 T23-116 casa 56 Hacienda de la palma

Ciudad de residencia

Palmira

Teléfono residencia

No. celular

3143117014

Correo electrónico

martha\_rivera842@yahoo.com

**Actividad Económica**

Profesión **Docente**

Empresa donde trabaja

Secretaría de Educación

Persona dependiente - Ocupación actual

Aasalado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐

Cargo que desempeña

Docente

Dirección del trabajo

Rta 113 C# 63 F-18 Laureles Engativá

Ciudad

Boyotó

Teléfono

4405465

Persona independiente - Descripción actividad económica principal

Código CIIU - actividad económica persona independiente

Las Personas Públicamente Expuestas PEP (i) Los individuos que desempeñen o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos, (ii) Representantes de organizaciones internacionales y (iii) Las personas que gozan de reconocimiento público.

De acuerdo con la anterior definición, ¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?

Sí ☐ NO ☒

¿Tiene vínculos familiares con una Persona Públicamente Expuesta?

Sí ☐ NO ☒

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor suministre la siguiente información de su familiar:

Nombres y apellidos

No. de identificación

Parentesco

Cargo o actividad

**Información Financiera**

Total activos (cifras en pesos)

\$31'000.000-00

Total pasivos (cifras en pesos)

\$100.000.000-00

Total patrimonio (cifra en pesos)

\$31'000.000

Total ingresos mensuales (cifra en pesos)

3'919.989

Total egresos mensuales (cifra en pesos)

2.119.462

¿Recibe otros ingresos, ingresos adicionales u originados en actividades diferentes a su actividad principal?

Sí ☐ NO ☒ Si su respuesta fue afirmativa, por favor describa el detalle o concepto de otros ingresos a continuación:

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

Sí ☐ NO ☒

Tipo de moneda:

Euro ☐ Dólar ☐ Otra ☐

¿Realiza operaciones internacionales?

Sí ☐ NO ☒

Si su respuesta fue afirmativa, indique a continuación qué tipo de operación realiza:

Importación ☐

Exportación ☐

Inversiones ☐

Compra y/o venta de divisas ☐

Préstamos ☐

Transacciones o Giros ☐

Pagos de Servicios ☐

¿Posee productos financieros en el exterior?

Sí ☐ NO ☐ Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:

Tipo de Producto

Identificación o No. del Producto

Entidad

Monto

Ciudad

País

Moneda

**Reclamaciones**

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años?

Sí ☐ NO ☒

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:

| AÑO | RAMO | COMPAÑÍA | VALOR | INDENNIZACIÓN         | RECLAMACIÓN           |
|-----|------|----------|-------|-----------------------|-----------------------|
|     |      |          |       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|     |      |          |       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(únicamente para vinculaciones de seguros) Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona

Sí ☐ NO ☐

Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente

Familiar ☐

Comercial ☐

Laboral ☐

Otra ☐

¿cuál?

## Declaraciones y Autorizaciones del Cliente

Yo, Martha Cecilia Rivera Castro, identificado(a) con CC No. 26-566-842 de San Agustín, ante **COMPANHIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A. Y SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.**, denominadas en adelante "LAS COMPAÑIAS", y **ASISTENCIA BOLIVAR S.A.**, denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑIAS, manifiesto que:

(1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES:** Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que: 1.1 La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley. 1.2 Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de la docencia. 1.3 He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria. Ley 1866 de 2013 (también conocida como Ley de Complemento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU., y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte y de las demás reglamentaciones aplicables en materia de intercambio de información tributaria. 1.4 Entiendo que LAS COMPAÑIAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

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

(3). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008):** 3.1. Autorizo a LAS COMPAÑIAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines:

3.1.1 Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 3.1.2 Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 3.1.3 Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 3.1.4 Realizar la gestión de cobranza, la cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 3.1.5 Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. 3.2. Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑIAS.

(4). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):**

Autorizo a LAS COMPAÑIAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 4.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 4.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(la) producto(s) y/o servicio(s) suscrita(s). 4.3. Realizar campañas comerciales y actividades de marketing. 4.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 4.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 4.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades así como enriquecer la experiencia como cliente. 4.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(la) contrato(s) suscrita(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: ☒ SI ☐ NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia.

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Le recordamos que las finalidades del Numeral 4.1 son necesarias para el desarrollo del contrato.

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

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: ☒ SI ☐ NO

(6). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puedo ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 688-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: [contacto@segurosbolivar.com](mailto:contacto@segurosbolivar.com). Para el caso de ASISTENCIA BOLIVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45-30 Torre 1 Piso 8 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: [servicioalcliente@asistenciabolivar.com](mailto:servicioalcliente@asistenciabolivar.com).

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 21 de Febrero del año 2020.

FIRMA CLIENTE: Martha Cecilia Rivera Castro  
 NOMBRE: Martha Cecilia Rivera Castro  
 N. IDENTIFICACIÓN: 26-566-842 de San Agustín (M)



Huella índice derecho

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

| Información de la Entrevista            |       |        |                   |
|-----------------------------------------|-------|--------|-------------------|
| Nombre del responsable de la entrevista | Clave | Cédula |                   |
| Fecha de la entrevista                  | Hora  | Ciudad | Localidad/Oficina |
| Concepto general del cliente:           |       |        |                   |
|                                         |       |        |                   |
|                                         |       |        |                   |
| Firma del responsable de la entrevista  |       |        |                   |

| Verificación de la Información                                                                                                                                                                                             |           |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? |           |        |
| <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                               |           |        |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                             |           |        |
|                                                                                                                                                                                                                            |           |        |
|                                                                                                                                                                                                                            |           |        |
| Nombre del responsable de la verificación                                                                                                                                                                                  | Código    | Cédula |
| Cargo                                                                                                                                                                                                                      | Localidad |        |



Bogotá D.C., 30 de Enero de 2020

Señor (a)

**RIVERA CASTRO MARTHA CECILIA**

CEDULA 26566842

COLEGIO ANTONIO VILLAVICENCIO (IED)

Localidad 10

Ciudad

Estimado (a) señor (a)

Me permito comunicarle del contenido de la resolución 73 del 20 de Enero de 2020 expedida por la Subsecretaría de Gestión Institucional de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., por la cual se le retira del servicio por invalidez a partir del 25/02/2020, en cumplimiento al concepto médico laboral emitido el 19/06/2019 por la IPS UT Servisalud San José. También se le hace saber que contra el citado acto administrativo no procede recurso alguno.

Adjunto se entrega copia del acto administrativo en mención, por lo que le agradezco efectuar las siguientes actividades:

1. Diligenciar el formulario de declaración juramentada de bienes y rentas, el cual debe ser radicado en la Oficina de Servicio al Ciudadano de la Secretaría de Educación Distrital, con destino al Grupo de Archivo de la SED, para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 190 de 1995. Este formato lo puede descargar de la página web de la Función Pública, en el siguiente link: <http://www.funcionpublica.gov.co/descarga-de-formatos>.
2. Realizar entrega del cargo y radicar constancia de la misma, expedida por su superior inmediato, con destino al Grupo de Archivo de la SED.

El trámite de cesantías definitiva, debe adelantarlo ante el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, para lo cual se adjunta el siguiente documento:

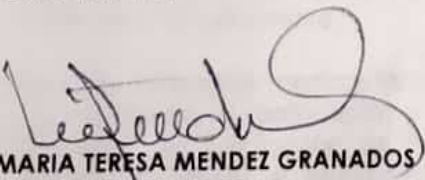
✓ FORMATO DE SOLICITUD DE CESANTIAS

Lo anterior con el fin de ser diligenciado y radicado con carácter urgente en las ventanillas 14 a la 17 del Fondo Prestacional del Magisterio, ubicadas en la Oficina de Servicio al Ciudadano a fin de realizar el trámite lo más pronto posible.

Finalmente, la Secretaría de Educación desea expresar los más sinceros agradecimientos por la dedicación al servicio de la educación. Así mismo, reconocer la excelente y abnegada labor por usted desarrollada en pro de los educandos, quienes gozaron el privilegio de recibir sus sabias enseñanzas.

Cordialmente,

COMUNICADO



**MARIA TERESA MENDEZ GRANADOS**

Jefe Oficina de Personal

Anexo lo enunciado nueve (09) folios

FIRMA

CC.

FECHA

*Martha Cecilia Rivera Castro*

26-566-842

Revisó: Alba Luz García Solano  
Elaboró: Viviana Shirley Cañón Leimes JCL

Av. Eldorado No. 66 - 63  
PBX: 324 10 00 Fax: 315 34 48  
Código postal: 111321  
[www.educacionbogota.edu.co](http://www.educacionbogota.edu.co)  
Información: Línea 195



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

RESOLUCIÓN N°.

73

20 ENE 2020

"Por la cual se retira del servicio por invalidez a unos docentes pertenecientes a la planta de personal de la Secretaría de Educación del Distrito. Encabeza **Rivera Castro Martha Cecilia**"

**LA SUBSECRETARIA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL (E) DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO**

En uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por la Resolución 1561 del 11 de septiembre de 2017 y la Resolución 3245 del 31 de diciembre de 2019, y

**CONSIDERANDO:**

Que según conceptos médicos laborales emitidos por la IPS UT Servisalud San José, se determina una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 75% para el ejercicio del cargo en el cual fueron nombrados los docentes relacionados en la parte resolutive del presente acto administrativo.

Que revisado el sistema de planta de personal de la Secretaría de Educación del Distrito, se constató que los docentes enunciados a continuación, pertenecen al régimen establecido en el Decreto 2277 de 1979, de acuerdo a la fecha de ingreso a la Entidad.

| ITEM | CEDULA   | NOMBRE DEL DOCENTE             | FECHA DE INGRESO A LA SED | CARGO   |
|------|----------|--------------------------------|---------------------------|---------|
| 1    | 26566842 | RIVERA CASTRO MARTHA CECILIA   | 5/06/1997                 | Docente |
| 2    | 39538722 | AGUILERA GONZALEZ REINA MARLEN | 8/02/1993                 | Docente |
| 3    | 39560458 | GUZMAN PAEZ CLARA INES         | 8/02/1993                 | Docente |
| 4    | 79491384 | GARCIA CUELLAR CARLOS ANIBAL   | 13/01/2014 - Reintegro    | Docente |

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 68 del Decreto 2277 de 1979, el retiro del servicio se produce, entre otras causas, por invalidez absoluta.

Que el artículo 61 del Decreto 1848 del 4 de noviembre de 1969 señala que "Para los efectos de la pensión de invalidez, se considera inválido el empleado oficial que por cualquier causa, no provocada intencionalmente, ni por culpa grave, o violación injustificada y grave de los reglamentos de previsión, ha perdido en un porcentaje no inferior al setenta y cinco por ciento (75%) su capacidad para continuar ocupándose en la labor que constituye su actividad habitual o la profesional a que se ha dedicado ordinariamente."

Que los conceptos médicos laborales de los servidores relacionados en esta resolución, surtieron el procedimiento de notificación y agotamiento de la actuación administrativa ante la IPS y/o Junta Regional de Calificación de Invalidez, entidades competentes para determinar su pérdida de capacidad laboral, y posteriormente fueron allegados a esta Secretaría junto con la respectiva constancia de ejecutoria.

Que la Dirección de Talento Humano, mediante oficio radicado bajo el número I-2019-108146 del 06 de diciembre de 2019, solicitó el retiro del servicio por invalidez de los docentes relacionados en el presente acto administrativo, los cuales se encuentran con solicitud de pensión por invalidez



RESOLUCIÓN N°.

73

20 ENE 2020

Continuación de la Resolución

"Por la cual se retira del servicio por invalidez a unos docentes pertenecientes a la planta de personal de la Secretaría de Educación del Distrito. Encabeza **Rivera Castro Martha Cecilia**"

aprobada por la Fiduciaria la Previsora S.A., con el fin de proceder a expedir el reconocimiento respectivo. Lo anterior en consideración a la Circular No. 20160170329291 del 06 de abril de 2016, suscrita por el Director de Prestaciones Económicas de la Fiduciaria la Previsora S.A., Jovani Bernal, en donde se determina el procedimiento para establecer las posibles fechas de inclusión en nómina de pensionados.

Que es procedente retirar del servicio por invalidez a los docentes relacionados en el presente acto administrativo, a partir de la fecha estimada en el oficio radicado bajo el número I-2019-108146 de fecha 06 de diciembre de 2019, emitido por la Dirección de Talento Humano.

Que verificado el Sistema Humano, se evidencia que los servidores públicos relacionados en el presente acto administrativo, se encuentran activos, por lo cual se hace necesario su retiro del servicio para su incorporación en la nómina de pensionados.

En consecuencia.

RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.** Retirar del servicio por invalidez a los docentes relacionados a continuación, a partir de la fecha señalada, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta resolución.

| ITEM | CEDULA   | NOMBRE DEL DOCENTE             | CARGO   | No. de LOC | COLEGIO                             | JORN | NIVEL                     | AREA                                     | % DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL | FECHA DEL CONCEPTO | ENTIDAD EMISORA DEL CONCEPTO | MEDICO EMITE EL CONCEPTO            | FECHA DE RETIRO |
|------|----------|--------------------------------|---------|------------|-------------------------------------|------|---------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| 1    | 26566842 | RIVERA CASTRO MARTHA CECILIA   | Docente | 10         | COLEGIO ANTONIO VILLAVICENCIO (IED) | M    | Básica Primaria           | AREAS PRIMARIA                           | 100%                                 | 19/06/2019         | UT SERVISALUD SAN JOSE       | Dra. Jolly Katherine Laguna Murillo | 25/02/2020      |
| 2    | 39538722 | AGUILERA GONZALEZ REINA MARLEN | Docente | 10         | COLEGIO ROBERT F. KENNEDY (IED)     | T    | Básica Secundaria y Media | CIENCIAS NATURALES Y EDUCACION AMBIENTAL | 100%                                 | 15/05/2019         | UT SERVISALUD SAN JOSE       | Dra. Yinet Eivira Herrera González  | 25/02/2020      |
| 3    | 39560458 | GUZMAN PAEZ CLARA INES         | Docente | 10         | COLEGIO NUEVA CONSTITUCION (IED)    | M    | Básica Primaria           | AREAS PRIMARIA                           | 100%                                 | 26/06/2019         | UT SERVISALUD SAN JOSE       | Dr. Diego Useche Silva              | 25/02/2020      |
| 4    | 79491384 | GARCIA CUELLAR CARLOS ANIBAL   | Docente | 19         | COLEGIO SAN FRANCISCO (IED)         | T    | Básica Primaria           | TECNOLOGIA E INFORMATICA                 | 97,1%                                | 3/07/2019          | UT SERVISALUD SAN JOSE       | Dr. Erick Ariza Cardozo             | 25/02/2020      |



RESOLUCIÓN N°.

23

Continuación de la Resolución

"Por la cual se retira del servicio por invalidez a unos docentes pertenecientes a la planta de personal de la Secretaría de Educación del Distrito. Encabeza **Rivera Castro Martha Cecilia**"

**ARTÍCULO SEGUNDO.** El trámite de reconocimiento de la pensión de invalidez deberá surtirse ante el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio acorde a la Ley 91 del 29 de diciembre de 1989, con el lleno de los requisitos establecidos en el régimen legal vigente.

**ARTÍCULO TERCERO.** Comunicar a los docentes la presente resolución y remitir copia a la Dirección de Talento Humano (vacancia definitiva) – Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio (Pensión Invalidez – Inclusión en nómina de pensionados) de la misma dirección, e informar a las Direcciones Locales de Educación vía correo electrónico y a la Oficina de Personal para los demás actos propios del retiro del servicio.

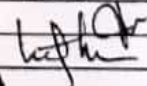
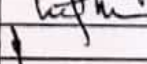
**ARTÍCULO CUARTO.** Contra la presente resolución no procede recurso alguno.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los \_\_\_\_\_

20 ENE 2020

  
**DERLY GONZALEZ ARIZA**  
Subsecretaria de Gestión Institucional (E)

| Nombre                       | Cargo                              | Labor           | Firma                                                                                 |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Celmira Martín Lizarazo      | Directora de Talento Humano - 5100 | Revisó y Aprobó |  |
| Victor Jairo León            | Abogado Contratista - 5100         | Revisó          |  |
| María Teresa Méndez Granados | Jefe Oficina de Personal - 5110    | Revisó y Aprobó |  |
| Alba Luz García Solano       | Profesional Universitario - 5110   | Revisó          |  |
| Viviana Shirley Cañon Lesmes | Profesional Universitario - 5110   | Elaboró         |  |

Res. No. 186 - 16/01/2020



Consejo Superior  
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



CONSEJO

NOMBRES:  
**ARTURO**

APellidos:  
**SANABRIA GOMEZ**

*Arturo Sanabria Gomez*

PRESIDENTE CONSEJO  
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

**MARTHA LUCIA OLANO DE NOGUERA**

*Martha Lucia Olano De Noguera*

UNIVERSIDAD  
**DEL ROSARIO**

CEDULA  
**79451316**

FECHA DE GRADO  
**29/10/1992**

FECHA DE EXPEDICION  
**23/06/1993**

CONSEJO SECCIONAL  
**BOGOTA**

TARJETA N°  
**64454**

Señores

**JUZGADO SÉPTIMO CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD**

*Vía correo electrónico*

E.     S.     D.

**REFERENCIA:**            **PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL**  
**DEMANDANTE:**        MARTHA CECILIA RIVERA CASTRO  
**DEMANDADO:**        COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
**RADICADO:**            110014003007202101047  
  
**ASUNTO:**                PODER ESPECIAL

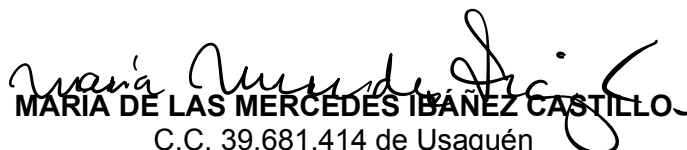
**MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO** mayor y vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía número 39.681.414 de Usaquén, actuando en calidad de representante legal de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** dada mi calidad de tercer suplente del Presidente de la mencionada sociedad, todo lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, de manera atenta manifiesto a ustedes que confiero poder especial amplio y suficiente a **ARTURO SANABRIA GÓMEZ**, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.451.316 de Bogotá D.C., abogado inscrito portador de la Tarjeta Profesional número 64454 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre de la sociedad que represento intervenga y lleve hasta su culminación el proceso de la referencia.

Al tenor del artículo 5° del Decreto 806 de 2020, se informa que la dirección de correo electrónico de los apoderados es [asanabria@sanabriagomez.com](mailto:asanabria@sanabriagomez.com)

El apoderado queda facultado en los términos del artículo 77 del Código General del Proceso y en especial para conciliar, recibir, transigir, desistir y, en general, para realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

**COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**

  
**MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO**  
C.C. 39.681.414 de Usaquén  
Representante Legal

Acepto,

**ARTURO SANABRIA GÓMEZ**  
C.C. 79.451.316 de Bogotá D.C.  
T.P. No. 64454 del C.S.J.



**ANEXO DE CONVERSIÓN**

No. 1023544

Número Solicitud - Certificado

Número Póliza GR

2067450

2782000747701

DE COMÚN ACUERDO ENTRE "COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A." EN ADELANTE LA ASEGURADORA Y Marta Cecilia Rivera Castro IDENTIFICADO CON C.C. 26666942 EN ADELANTE EL ASEGURADO, QUIENES CONJUNTAMENTE EN ADELANTE SE DENOMINARÁN **LAS PARTES**, MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO ACUERDAN Y HACEN CONSTAR QUE A PARTIR DE LA FECHA EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DENOMINADO **PLAN MAESTRO INTEGRAL O EDUCADORES DE COLOMBIA GR- 3176**, CERTIFICADO 31.9981 CON FECHA DE INICIO DE VIGENCIA 01/10/2000 Y UN VALOR ASEGURADO ACTUAL DE \$ 50000000 CON NÚMERO DE FORMA 053, EL QUE EN ADELANTE SE LLAMARÁ **EL SEGURO ANTERIOR**, SERÁ REEMPLAZADO POR EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO "EDUCADORES PLUS" IDENTIFICADO CON NÚMERO DE FORMA GR-108 EL QUE EN ADELANTE SE LLAMARÁ **EL NUEVO SEGURO**, AL CUAL SE LE HA ASIGNADO EL GR 2067450 CERTIFICADO No. 2067450 Y PARA EL CUAL APLICARÁN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES: 2782000747701

1. Se considerará como fecha de inicio de vigencia para **EL NUEVO SEGURO**, la fecha de la conversión del seguro y se conservará la antigüedad de la vigencia del **SEGURO ANTERIOR**.
2. La Declaración de Asegurabilidad firmada por los Asegurados para **EL SEGURO ANTERIOR** se conservará y tendrá plena validez para **EL NUEVO SEGURO**.
3. Los cambios en el estado del riesgo, que se hayan producido durante la vigencia de **EL SEGURO ANTERIOR**, estarán cubiertos por **EL NUEVO SEGURO**, siempre y cuando el diagnóstico de la enfermedad haya sido posterior a la fecha de inicio de vigencia de **EL SEGURO ANTERIOR**.
4. Toda reticencia o inexactitud que pudiera aplicar para **EL SEGURO ANTERIOR**, será aplicable a **EL NUEVO SEGURO**.
5. Si los asegurados deciden aumentar los valores asegurados en el momento de la conversión de la póliza, deben firmar una nueva Declaración de Asegurabilidad la cual pasará a formar parte del **NUEVO SEGURO** y aplicará para las modificaciones únicamente.
6. A partir de la fecha de la conversión las condiciones de tasas, edad límite de cobertura para los anexos, e incrementos de valor asegurado serán las correspondientes a **EL NUEVO SEGURO**.

SOY CONSCIENTE QUE AL HACER ESTA CONVERSIÓN CAMBIAN LAS CONDICIONES DE MI COBERTURA EN CUANTO AL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y EN LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN, LAS CUALES ME HAN SIDO EXPLICADAS Y ACEPTO VOLUNTARIAMENTE.

LAS PARTES MANIFIESTAN QUE ENTIENDEN Y ACEPTAN LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL NUEVO SEGURO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, COMO TAMBIÉN QUE **EL NUEVO SEGURO DEJA SIN EFECTO EL SEGURO ANTERIOR**.

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, SE FIRMA EL PRESENTE ANEXO EN Bogotá A LOS 14 DÍAS DEL MES DE Agosto DE 2015.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Marta Cecilia Rivera Castro

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL

FIRMA AUTORIZADA



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS. RENEVE SU MATRÍCULA MERCANTIL A MAS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. TAMBIEN PODRA GIRAR BAJO LA DENOMINACION SEGUROS BOLIVAR S A  
Nit: 860.002.503-2  
Domicilio principal: Bogotá D.C.

**MATRÍCULA**

Matrícula No. 00019486  
Fecha de matrícula: 2 de mayo de 1972  
Último año renovado: 2021  
Fecha de renovación: 31 de marzo de 2021

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Av El Dorado No 68 B 31  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico: [notificaciones@segurosbolivar.com](mailto:notificaciones@segurosbolivar.com)  
Teléfono comercial 1: 3410077  
Teléfono comercial 2: No reportó.  
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Av El Dorado No 68 B 31  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico de notificación: [notificaciones@segurosbolivar.com](mailto:notificaciones@segurosbolivar.com)  
Teléfono para notificación 1: 3410077  
Teléfono para notificación 2: No reportó.  
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Agencia: Bogotá (6).

Por Documento Privado del 15 de julio de 1998, inscrito el 25 de agosto de 1998 bajo el No. 83959 del libro VI, se decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de Santafé de Bogotá la cual girará bajo el nombre de sucursal CORREDORES SANTAFÉ DE BOGOTÁ COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR.

Por Documento Privado del 15 de julio de 1998, inscrito el 25 de agosto de 1998 bajo el No. 83977 del libro VI, se decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de Santafé de Bogotá la cual girará bajo el nombre de sucursal COMERCIAL REGIONAL NORTE CHAPINERO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Por Documento Privado del 15 de julio de 1998, inscrito el 25 de agosto de 1998 bajo el No. 83972 el libro VI, se decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de Santafé de Bogotá la cual girara bajo el nombre de sucursal BOGOTA CENTRO COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Por Acta No. 1275 de la Junta Directiva del 10 de diciembre de 2008, inscrito el 24 de abril de 2009 bajo el No. 00176852 el libro VI, se decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de Santafé de Bogotá la cual girará bajo el nombre de OFICINA NUEVA BOGOTA CENTRO - COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

**REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 757 de la Notaría 07 de Bogotá D.C. del 12 de abril de 2004, inscrita el 11 de mayo de 2004 bajo el número 933674 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., por el de: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., también podrá girar bajo la denominación SEGUROS BOLIVAR S.A.

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Por Escritura Pública No. 3274 de la Notaría 07, del 20 de diciembre de 2007, inscrita el 21 de diciembre de 2007 bajo el No. 1179386 del libro IX, la sociedad de la referencia se escinde transfiriendo parte de su patrimonio a la sociedad INVERSORA BOLIVAR S A. que se constituye.

Por Escritura Pública No. 1855 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 31 de octubre de 2019, inscrita el 1 de Noviembre de 2019 bajo el número 02521091 del libro IX, La sociedad de la referencia (absorbente) mediante adquisición con fines de absorción (fusión) absorbe a LIBERTY SEGUROS DE VIDA SA que se disuelve sin liquidarse.

**ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE**

Mediante Oficio No. 1287 del 7 de junio de 2018, inscrito el 25 de junio de 2018 bajo el No. 00169216 del libro VIII, el Juzgado 16 Civil del Circuito de Bogotá, comunicó que en el proceso declarativo de responsabilidad civil contractual No. 110013103016201700026 de: Alejandro Abril López, María Cristina Abril López y Diego Armando Abril López contra: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. Se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1364 del 19 de junio de 2018, inscrito el 10 de julio de 2018 bajo el No. 00169551 del libro VIII, el Juzgado 39 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso verbal sumario No. 11001400303920180027500 de: Ligia Huertas Rodríguez contra: SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. y BANCO DAVIVIENDA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0157 del 01 de febrero de 2020, el Juzgado 2 Civil Municipal de Pereira (Risaralda), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso ejecutivo No. 66001400300220200049100 de Luz Alba Marín Bueno CC. 30384366, Contra: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 3 de Febrero de 2021 bajo el No. 00187391 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 110 del 11 de marzo de 2021, el Juzgado 02 Civil

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Oral Municipal de Sincelejo (Sucre), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso prescripción responsabilidad civil extracontractual No. 70-001-40-03-002-2020-00229-00 de Nelly Gonzalez Navarro CC. 32.695.222 apoderado: Cira Corrales Romero CC.64.583.314, Contra: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Marzo de 2021 bajo el No. 00188172 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 336 del 27 de abril de 2021, el Juzgado 6 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 680013103006-2021-00061-00, de Justiniano Garces CC. 18.900.032, Rosa Rodriguez Lizcano CC. 42.400.039, Paulina Albarracin Albarracin CC. 37.751.333, obrando en nombre propio y en representación de su menor hijo Jorge Andrey Garces Albarracin TI. 1.096.064.311, Cruz Mauricio Garces Rodriguez CC. 91.519.479, Cesar Javier Garces Rodriguez CC. 91.282.301, Linda Leidy Katherine Mendez Contreras CC. 1.098.736.445 y Lucrecia Albarracin De Albarracin CC. 28.119.537, contra SOCIEDAD DE COMERCIALIZACION INTERNACIONAL LISTO OPERADOR LOGISTICO S.A.S. - C.I. LISTO OPERADOR LOGISTICO S.A.S., representada legamente por Henry Cubides Olarte CC. 1.094.204, Yansen Saldarriaga Agudelo CC. 72.213.416, COLTANQUES S.A.S representada legamente por Henry Cubides Olarte CC. 1.094.204, COLVANES S.A.S. - ENVIA S.A.S. o ENVIA COLVANES S.A.S. representada legamente por Eduardo Giraldo Mejia CC. 3.228.090 y COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. TAMBIEN PODRA GIRAR BAJO LA DENOMINACION SEGUROS BOLIVAR S.A. representada legamente por Juan Carlos Franco Mendoza, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 29 de Abril de 2021 bajo el No. 00188855 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 2.651 del 15 de diciembre de 2021, el Juzgado 35 Civil Municipal de Bogotá D.C., inscrito el 20 de Diciembre de 2021 con el No. 00193988 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No.11001400303520210078300 de Marybel Martinez Peña CC. 52.211.391 Contra: HOLCIM COLOMBIA SA, COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR SA, UNION AUTOMOTORA DE URBANOS ESPECIALES UNITURS: SIGLA LINEAS UNITURS SAS, Carlos Arturo Ávila Bautista, Carlos Julio Ávila Cuervo y Jorge Armando Ruedacabezas.

Mediante Oficio No. 0019 del 31 de enero de 2022, el Juzgado Civil del Circuito de Sahagún (Cordoba), inscrito el 8 de Febrero de 2022

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
con el No. 00195383 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 236603103001-2022-00009-00 de Carmen Alicia Sánchez Peñate CC. 63.356.669 y otros, Contra: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. y otros.

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 5 de diciembre de 2039.

**OBJETO SOCIAL**

La sociedad tendrá por objeto: A. La celebración de contratos de seguro, coaseguros y reaseguro de vida, que podrá versar sobre la vida misma de las personas o su salud, o celebrar seguros contra heridas, incapacidad o muerte causada en viaje o provenientes de accidentes o contra incapacidad originada por enfermedad, o cualquier otro seguro que se relacione con los ya indicados, o asegurar contra la pérdida o el daño que resulten de la muerte de accidentes o de heridas sufridas por empleados, obreros u otras personas cuando hayan de originar responsabilidad para el asegurado, así como la explotación de los ramos de seguros relacionados con seguridad social; B. La celebración y ejecución en general de toda clase de contratos de seguro, coaseguro, reaseguro, indemnización o garantía permitidos por las leyes de Colombia, o de las de cualquier otro país, donde establezca domicilio, sucursal o agencias; C. Contratar con cualquier persona la acumulación, provisión y el pago de fondos de amortización, redención, depreciación, renovación, dotación u otros fondos especiales, ya sea mediante la entrega de una suma fija o de una prima anual o de otra manera y en los términos y condiciones que se convengan en cada caso o se determinen en reglamentos de carácter general; D. Adquirir, reunir, cancelar o extinguir en cualquiera forma, cualquier póliza, contrato de garantía u otro efectuado por la compañía, o prestar dinero sobre los mismos; E. Otorgar a cualquier categoría o grupo de personas aseguradas o que tengan negocios con la sociedad cualquier derecho sobre uno o varios fondos especiales, o reconocerles derechos de participar en las utilidades de la compañía, o en las de cualquier rama o sección de

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

sus negocios, o cualesquiera otra ventaja o privilegio; F. Comprar o adquirir a cualquier otro título, o tomar por su cuenta, el todo o parte de los negocios, propiedades o responsabilidades de cualquier persona o compañía que ejecute operaciones de las que la sociedad está autorizada para llevar a cabo, o que posean bienes convenientes para los fines que ella persigue G. Celebrar convenciones de participación de utilidades, o de cooperación de cualquier naturaleza con personas o compañías que tengan o vayan a tener negocios de aquellos que la sociedad está autorizada para efectuar y tener o adquirir acciones, obligaciones o interés en dichas compañías, o financiarlas o ayudarlas en otra forma; H. Incorporarse en los negocios de cualquier compañía que persiga objetos iguales o semejante a los de la sociedad, o incorporarse en una de dichas compañías, o fusionarse con ellas; I. Adquirir bienes raíces para el desarrollo de sus propios negocios y/o para derivar renta de ellos, o los que le sean entregados en dación en pago de deudas o los que adquiera en subasta pública para hacer efectivas hipotecas u otros derechos y adquirir, cuotas proindiviso o usufructos o nuda propiedad u otros derechos con el fin de completar la propiedad plena de un inmueble, o de liberarlo de gravámenes o de hacer cualquier operación que tienda a mejorar sus condiciones y facilitar su posterior enajenación, siendo entendido que en operaciones sobre inmuebles solo empleara los fondos que legalmente pueda destinar a tal fin; J. Invertir sus fondos en los valores especificados por la ley en los demás bienes de cualquier naturaleza que legalmente este facultado para adquirir; K. Prestar dinero con garantía hipotecaria sobre bienes raíces libres de gravámenes situados en Colombia, con garantía prendaria o con garantía de sus propias pólizas y también en las demás formas y con las condiciones que considere oportuno, de conformidad con las normas que le sean aplicables en el momento de la celebración del respectivo negocio; L. Girar, aceptar, descontar, adquirir, endosar, garantizar, protestar, cancelar o pagar letras de cambio, cheques, pagares, o cualquier otro efecto de comercio y aceptarlos en pago; M. Tomar dinero a interés, pudiendo dar en garantía sus bienes de cualquier naturaleza de conformidad con las autorizaciones que imparta la Junta Directiva; N. Ejecutar o celebrar en cualquier parte, sea en su propio nombre, o por cuenta de terceros o en participación con ellos, todos los actos o contratos que de manera directa o indirecta se relacionen con los fines que la sociedad persigue o que puedan favorecer o desarrollar sus actividades, o las de las empresas en que ella tenga interés o que hayan de producirle cualquier ventaja, con la sola limitación de



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
estar comprendidos dentro del radio de acción que la ley señala a las compañías de seguros; O. Efectuar donaciones de conformidad con las directrices generales o particulares que imparta para el efecto la Junta Directiva. P. En general, desarrollar todo aquello que se relacione con su objeto social y convenga a sus intereses con compañía de seguros, con la sola limitación de adaptarse a las normas legales vigentes que le sean aplicables al momento de efectuar la operación a que haya lugar.

**CAPITAL****\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor : \$38.688.000.000,00  
No. de acciones : 52.000.000,00  
Valor nominal : \$744,00

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor : \$33.068.326.200,00  
No. de acciones : 44.446.675,00  
Valor nominal : \$744,00

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor : \$33.068.326.200,00  
No. de acciones : 44.446.675,00  
Valor nominal : \$744,00

**NOMBRAMIENTOS****ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN****JUNTA DIRECTIVA****PRINCIPALES  
CARGO****NOMBRE****IDENTIFICACIÓN**

Primer Renglon

Esteban  
Uribe

Piedrahita

C.C. No. 000000094295998

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

|                 |                           |                          |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| Segundo Renglon | Nicolas Cortes Kotal      | C.C. No. 000000080415869 |
| Tercer Renglon  | Juan Manuel Pardo Gomez   | C.C. No. 000000079522437 |
| Cuarto Renglon  | Ana Milena Lopez Rocha    | C.C. No. 000000052410477 |
| Quinto Renglon  | Diego Ernesto Molano Vega | C.C. No. 000000006775573 |

**SUPLENTES**

| CARGO           | NOMBRE                              | IDENTIFICACIÓN           |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Primer Renglon  | Fernando Cortes Mc Allister         | C.C. No. 000000079244142 |
| Segundo Renglon | Pedro Toro Cortes                   | C.C. No. 000000079146887 |
| Tercer Renglon  | Maria Paula Duque Samper            | C.C. No. 000000051984996 |
| Cuarto Renglon  | Maria Del Pilar Alina Galvis Segura | C.C. No. 000000035469189 |
| Quinto Renglon  | Mario Fernando Rojas Escobar        | C.C. No. 000000079782452 |

Por Acta No. 126 del 19 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 20 de agosto de 2021 con el No. 02735583 del Libro IX, se designó a:

**PRINCIPALES**

| CARGO           | NOMBRE                    | IDENTIFICACIÓN           |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| Segundo Renglon | Nicolas Cortes Kotal      | C.C. No. 000000080415869 |
| Tercer Renglon  | Juan Manuel Pardo Gomez   | C.C. No. 000000079522437 |
| Cuarto Renglon  | Ana Milena Lopez Rocha    | C.C. No. 000000052410477 |
| Quinto Renglon  | Diego Ernesto Molano Vega | C.C. No. 000000006775573 |

**SUPLENTES**

| CARGO          | NOMBRE                      | IDENTIFICACIÓN           |
|----------------|-----------------------------|--------------------------|
| Primer Renglon | Fernando Cortes Mc Allister | C.C. No. 000000079244142 |

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

|                 |                                     |                          |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Segundo Renglon | Pedro Toro Cortes                   | C.C. No. 000000079146887 |
| Tercer Renglon  | Maria Paula Duque Samper            | C.C. No. 000000051984996 |
| Cuarto Renglon  | Maria Del Pilar Alina Galvis Segura | C.C. No. 000000035469189 |
| Quinto Renglon  | Mario Fernando Rojas Escobar        | C.C. No. 000000079782452 |

Por Acta No. 127 del 11 de noviembre de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 25 de febrero de 2022 con el No. 02797566 del Libro IX, se designó a:

**PRINCIPALES**

| CARGO          | NOMBRE                   | IDENTIFICACIÓN           |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Primer Renglon | Esteban Piedrahita Uribe | C.C. No. 000000094295998 |

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No. 104 del 6 de marzo de 2009, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 25 de abril de 2009 con el No. 01292422 del Libro IX, se designó a:

| CARGO                           | NOMBRE      | IDENTIFICACIÓN             |
|---------------------------------|-------------|----------------------------|
| Revisor Fiscal Persona Juridica | KPMG S.A.S. | N.I.T. No. 000008600008464 |

Por Documento Privado del 5 de septiembre de 2017, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 8 de septiembre de 2017 con el No. 02257382 del Libro IX, se designó a:

| CARGO                    | NOMBRE                     | IDENTIFICACIÓN                               |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| Revisor Fiscal Principal | Gustavo Adolfo Roa Camargo | C.C. No. 000000080067003<br>T.P. No. 90879-T |

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Por Documento Privado del 5 de abril de 2019, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 8 de abril de 2019 con el No. 02445907 del Libro IX, se designó a:

| CARGO          | NOMBRE            | IDENTIFICACIÓN           |
|----------------|-------------------|--------------------------|
| Revisor Fiscal | Sebastian Benitez | C.C. No. 000001101686975 |
| Suplente       | Cordero           | T.P. No. 177039-T        |

**PODERES**

Por Escritura Pública No. 375 de la Notaría 7 de Bogotá D.C., del 22 de febrero de 2006, inscrita el 22 de febrero de 2006 bajo el No. 10369 del libro V, y ampliada mediante escritura pública No. 309 de la Notaría 7 de Bogotá D.C., del 20 de febrero de 2008, inscrita el 05 de marzo de 2008 bajo el No. 13362 del libro V, compareció Jorge Enrique Uribe Montaña, identificado con cédula de ciudadanía No. 8.255.153, de Medellín, obrando en nombre y representación de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a la doctora Marcela Ramírez Rubiano, también mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía número 51.962.047 expedida en Bogotá, para que en relación con los seguros de vida individual, accidentes personales, vida grupo, grupo deudores, y últimos gastos, realice los siguientes actos: A). Para recibir las reclamaciones que presenten los beneficiarios. B). Para solicitar a los asegurados y/o terceras personas todos los documentos e informaciones que estime necesarios a fin de establecer plenamente las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que hubieren sucedido los siniestros. C). Para objetar y negar el pago de las reclamaciones cuando se deduzca que los beneficiarios no tienen derecho a ellas. D). Para que verificada la ocurrencia de los siniestros y su cuantía, realice el pago respectivo y en general para que haga efectiva la subrogación en cabeza de la poderdante de los derechos que en virtud del pago le correspondan. Segundo: Que las anteriores facultades pueden ser ejercidas cuando la reclamación sea igual o inferior a ciento ocho (108) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Por Escritura Pública No. 1388 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 22 de julio de 2015 inscrita el 8 de agosto de 2015 bajo el No.

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

00031716 del libro V, compareció Javier Jose Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80418827 en su calidad de presidente de la compañía primero que actuando en representación de la compañía, por medio de este instrumento, confiere poder especial, a Eliana María Esquivia Martelo, mayor de edad, vecina de Bogotá ., identificada con la cédula de ciudadanía número 50.967.337 para que mientras permanezca en ejercicio del cargo de directora de pensiones, realice en nombre y representación de la compañía los siguientes actos que se presenten en relación con el ramo de seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia y dé rentas vitalicias: A). Suscriba las respuestas correspondientes a las acciones de tutela impetradas ante los jueces competentes a nivel nacional contra la compañía en desarrollo de la explotación de los ramos de seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia y de rentas vitalicias. B). Suscriba todos los documentos necesarios para dar cumplimiento a los fallos de tutela a nivel nacional C). Suscriba todos los documentos relacionados con las impugnaciones en contra de los fallos de tutela dictados en relación con la compañía. D). Suscriba las respuestas a los incidentes de desacato dentro de las acciones de tutela que se interpongan en contra de la compañía. E). Solicite a los afiliados, pensionados y/o terceras personas, todos los documentos que estime necesarios para el estudio de reclamaciones que se presenten a la compañía en los ramos de seguro previsionales de invalidez sobre vivencia y rentas vitalicias y todos los anexos expedidos por la compañía en relación con estos contratos. F). Presente ante las juntas regionales de calificación de invalidez a nivel nacional y ante la junta nacional de calificación, las solicitudes de calificación y revisión de calificación de los afiliados a las administradoras de fondos de pensiones que tengan contratada con esta aseguradora los seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia y de los pensionados a través de la póliza da renta vitalicia G). Presente ante las juntas regionales de calificación de invalidez a nivel nacional y ante la junta nacional de calificación, los recursos legales correspondientes de reposición y apelación contra los dictámenes proferidos por éstas con ocasión de valoraciones efectuadas a los afiliados a las administradoras de fondos de pensione que tengan contratada con esta aseguradora los seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia y de los pensionados a través de la póliza de renta vitalicia. H). Atienda cualquier trámite que se requiera ante la junta nacional de calificación de invalidez I). La apoderada queda además facultada para realizar cualquier acto relacionado con el mandato en cuestión

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
que le permita cumplirlo a cabalidad.

Por Escritura Pública No. 2025 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 23 de noviembre de 2016, inscrita el 19 de diciembre de 2016 bajo el No. 00036530 del libro V, compareció Javier Jose Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80.418.827 de Bogotá en su calidad de presidente, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Alba Paola Daza Parra identificado con cédula de ciudadanía No. 52.331.172 de Bogotá D.C., para que mientras permanezca en el cargo actual de gerente nacional de ARL, represente a la compañía en los siguientes actos que se presenten en relación con el ramo de riesgos laborales: A). Solicite a los afiliados y/o terceras personas, todos los documentos que estime necesario para el estudio de las reclamaciones que se presenten a la compañía. B). Verificada la ocurrencia de siniestros y los accidentes cubiertos por los contratos, haga el pago respectivo. C). Objete las reclamaciones presentadas a la poderdante cuando haya lugar, de conformidad con las normas aplicables. D). Represente a la compañía en las licitaciones públicas y privadas en que participe y celebre todos los actos y contratos subsiguientes, en el caso en que le fueran adjudicadas. E). De respuesta a las acciones de tutela impetradas en contra de la administradora de riesgos laborales (A.R.L.) de la compañía a nivel nacional. F). De acuerdo con lo establecido en el artículo 39 de la Ley 712 de 2001, que reformo el código procesal del trabajo y de la seguridad social, comparezca e intervenga en las audiencias de conciliación que se celebren entre personas naturales o jurídicas y la compañía. Igualmente se faculta a la doctora daza para que suministre todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y en el evento en que se presenten fórmulas de arreglo, queda expresamente facultada para conciliar y comprometer a la compañía. G). Represente a la compañía en las diligencias administrativas que se adelanten a nivel nacional ante el ministerio de salud y protección social entre personas naturales y jurídicas y la compañía, quedando expresamente facultada para comprometer a la compañía. H). Presente ante las juntas regionales de calificación de invalidez a nivel nacional, los recursos legales de reposición y apelación correspondientes contra los dictámenes proferidos por éstas, con ocasión de valoraciones efectuadas a los afiliados a la administradora de riesgos laborales (A.R.L.) de la compañía y atender cualquier trámite ante la junta nacional de calificación de invalidez. Igualmente queda facultada para delegar a los diferentes profesionales que estime convenientes,



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
la asistencia a las audiencias de las juntas regionales y la junta nacional de calificación de invalidez. I). Absuelva los interrogatorios de parte y confiese en procesos judiciales dentro de los cuales se parte la Compañía como Administradora de Riesgos Laborales (A. R. L.).

Por Escritura Pública No. 1728 del 04 de agosto de 2009, inscrita el 21 de agosto de 2009 bajo el No. 16518 del libro V, María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder, amplio y suficiente, al doctor Jose María Neira García, mayor de edad y vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.111.763 expedida en Bogotá D.C., para que represente a las compañías en todas las actuaciones judiciales que se surtan en procesos donde sean parte las mismas, con las siguientes facultades: A) Conciliar y transigir, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos del artículo 101 del código de procedimiento civil, B) Suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las demandas contestaciones y llamamientos en garantía, C) Absolver los interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean partes las aseguradoras. Segundo. Que el doctor Jose María Neira García en tal virtud está facultado para comprometer a las poderdantes.

Por Escritura Pública No.0733 del 18 de mayo de 2010 de la Notaría sesenta y cinco, inscrito el 07 de junio de 2010 bajo el No. 00019486 del libro V, María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder especial amplio y suficiente a German Duran García identificado con cédula de ciudadanía No. 79.387.415 de Bogotá, para que represente a la sociedad COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. Ante las diferentes entidades estatales de carácter nacional, territorial y/o descentralizadas adelantando todas las actividades que sean necesarias para solicitar la asignación, renovación, manejo, cancelación y demás que se relacionen con los códigos para el descuento por libranza a los funcionarios del ramo de la educación. El apoderado queda facultado así mismo para participar en los procesos de selección adelantados por las entidades públicas competentes cuyo objetivo sea la asignación o renovación de los

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----

códigos para el descuento por libranza a los funcionarios del ramo de la educación. En ese sentido, queda facultado para la presentación de las ofertas, la participación durante todo el proceso de selección y la participación en las audiencias de asignación o renovación de los mencionados códigos y cualesquiera otras audiencias que se desarrollen dentro de estos procesos.

Por Escritura Pública No. 1394 del 29 de agosto de 2012, inscrito el 26 de septiembre de 2012, bajo el No. 00023476 del libro V, Jorge Enrique De Jesús Uribe Montaña, identificado con cédula de ciudadanía No. 8.255.153 en su calidad de presidente de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder especial amplio y suficiente a Adriana María Rojas identificado con cédula de ciudadanía No. 52.710.511 para que en relación con los seguros de vida, individual, accidentes personales, vida grupo, grupo deudores y últimos gastos, realice los siguientes actos: A) Para recibir las reclamaciones que presenten los beneficiarios. B) Para solicitar a los asegurados y/o terceras personas todos los documentos e informaciones que estime necesarios a fin de establecer plenamente las circunstancias de tiempo, modo, y lugar en que hubieren sucedido los siniestros. C) Para objetar y negar el pago de las reclamaciones cuando se deduzca que los beneficiarios no tienen derecho a ellas. D) Para que verificada la ocurrencia de los siniestros y su cuantía, realice el pago respectivo y en general para que haga efectiva la subrogación en cabeza de la poderdante de los derechos que en virtud del pago le correspondan. La apoderada tiene facultades para objetar y negar reclamaciones en los ramos de seguros descritos, hasta por la suma de ciento setenta y tres (173) Salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Por Escritura Pública No. 1699 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 10 de octubre de 2012, inscrita el 9 de noviembre de 2012, bajo el No. 00023877 del libro V, y escritura pública No. 0443 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 06 de abril de 2017 (amplia poder), compareció Jorge Enrique de Jesús Uribe Montaña, identificado con cédula de ciudadanía No. 8.255.153 en su calidad de presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente a Alberto Amaya Pedraza identificado con cédula de ciudadanía No. 209.308 para que en relación con los productos del ramo de salud, realice los siguientes actos: a) Para recibir las reclamaciones que presenten los beneficiarios. B) Para solicitar a los asegurados y/o terceras personas todos los

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
documentos e informaciones que estime necesarios a fin de establecer plenamente las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que hubieren sucedido los siniestros. C) Para que verificada la ocurrencia de los siniestros y su cuantía, realice el pago respectivo y en general para que haga efectiva la subrogación en cabeza de la poderdante de los derechos que en virtud del pago le correspondan. D). Para objetar y negar el pago de las reclamaciones cuando se deduzca que los beneficiarios no tienen derecho a ellas. E) Para que represente a la sociedad mandante en las licitaciones públicas y privadas en que participe y pueda celebrar todos los actos y contratos subsiguientes, en el evento en que fueran adjudicados a la mandante. F) Suscribir los contratos sin límite de cuantía con instituciones prestadoras de servicios (IPS), profesionales independientes y demás prestadores de servicios de salud y/o proveedores de servicios médicos y/o hospitalarios; de insumos o medicamentos, de transporte de pacientes para la póliza de salud de la compañía. El apoderado tiene facultades para objetar y negar reclamaciones en los ramos de seguros descritos, hasta por la suma de ciento setenta y tres (173) Salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Por Escritura Pública No. 1346 del 25 de agosto de 2014, inscrito el 4 de septiembre de 2014 bajo el No. 00028933 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 quien obrando en su calidad de tercer suplente del presidente de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder especial amplio y suficiente a Clara Adriana Malagón Nieto identificada con cédula de ciudadanía No. 38.262.867, para que realice en nombre de las compañías los siguientes actos: A) Firmar todos los traspasos, contratos de compraventa y demás documentos relacionados con dicho acto, de los vehículos automotores que las compañías adquieran o enajenen. B) Suscribir las ordenes de servicios o de ejecución para la contratación de proveedores a nivel nacional necesarias para la realización de obras de construcción, remodelación, mantenimientos, suministros de materiales y equipos, instalación, mano de obra, pago de honorarios por concepto de diseños, tramites y asesorías en las que el valor del servicio o producto no superen las siguientes sumas: desde veinte (20) Salarios mínimos legales mensuales vigentes hasta setenta (70) Salarios mínimos legales mensuales vigentes. Para el efecto estará facultada para: 1) Suscribir todos los documentos necesarios para autorizar los pagos a los proveedores hasta las sumas autorizadas; 2) Solicitar a los proveedores todos los documentos que

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
estime necesarios para el desarrollo del objeto de la orden de servicio o de ejecución y todos los anexos expedidos por las compañías en relación con esta clase de documentos; 3) Autorizar las pólizas de garantía y cumplimiento que deben suministrar los proveedores en desarrollo de la orden de servicio o ejecución; 4) Verificando el cumplimiento del objeto de la orden o de ejecución, para constituir en mora al proveedor; 5) Además, para realizar cualquier acto relacionado con el mandato en cuestión que le permita cumplirlo a cabalidad.

Por Escritura Pública No. 1470 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 12 de septiembre de 2014, inscrita el 16 de septiembre de 2014 bajo el No. 00029074 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá en su calidad de tercer suplente del presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a María Consuelo Suescun Bastos identificada con cédula ciudadanía No. 39.758.608 de Bogotá D.C., para que realice en nombre de las compañías los siguientes actos: A). Suscribir las ordenes de servicios o de ejecución para la contratación de proveedores a nivel nacional necesarias para la realización de obras de construcción, remodelación, mantenimientos, suministro de materiales y equipos, instalación, mano de obra, pago de honorarios por concepto de diseños, tramites y asesorías en las que el valor del servicio o producto no superen las siguientes sumas: Desde un (1) Peso colombiano hasta veinte (20) Salarios mínimos legales mensuales vigentes menos un (1) Peso. Para el efecto estará facultada para: 1). Suscribir todos los documentos necesarios para autorizar los pagos a los proveedores hasta las sumas autorizadas; 2). Solicitar a los proveedores, todos los documentos que estime necesarios para el desarrollo del objeto de la orden de servicio o de ejecución y todos los anexos expedidos por las compañías en relación con esta clase de documentos; 3). Autorizar las pólizas de garantía y cumplimiento que deben suministrar los proveedores en desarrollo de la orden de servicio o ejecución; 4). Verificado el cumplimiento del objeto de la orden servicio o de ejecución, para constituir en mora al proveedor; 5) Además, para realizar cualquier acto relacionado con el mandato en cuestión que le permita cumplirlo a cabalidad.

Por Escritura Pública No. 0041 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 15 de enero de 2015, inscrita el 10 de febrero de 2015 bajo el No. 00030287 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----

Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá en su calidad de tercer suplente del presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente, a la doctora Ana María Ramírez Peláez, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 41.935.130, expedida en armenia, para representar a las compañías en todas las actuaciones judiciales, extrajudiciales y administrativas. En particular sus funciones se limitarán a los siguientes actos: a) Conciliar y transigir en las audiencias de conciliación judiciales o extrajudiciales como requisito de procedibilidad, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos de los códigos general del proceso, de procedimiento civil, de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, de procedimiento penal, de la Ley 640 de 2001, y de cualquier norma que los modifique o sustituya. B) Suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y los llamamientos en garantía. C) Absolver los interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean partes las compañías. D) Recibir notificaciones ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas y entidades centralizadas y descentralizadas. Que la doctora Ana María Ramírez Peláez en tal virtud está facultada para comprometer a las poderdantes. Que por escritura pública No. 1501 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 24 de agosto de 2018, inscrita el 30 de agosto de 2018 bajo el registro No. 00039908 del libro V, se amplía el poder especial conferido a Ana María Ramírez Peláez, en particular sus funciones se ampliarán con los siguientes actos: A) Representar a las compañías antes entidades públicas. B) Comparecer en nombre de las compañías a las audiencias de conciliación en los procesos en los que ellas sean demandadas o demandantes. C) En nombre y representación de las compañías asistir a las audiencias de conciliación como requisito de procedibilidad de conformidad con lo señalado en la ley 640 de 2011 y demás normas que la adicionen, reformen, modifiquen o complementen. D) Iniciar procesos civiles, penales y administrativos en nombre de las compañías. E) Interponer acciones de tutela y conteste aquellas que se formulen contra las compañías. F) Otorgar poderes especiales con el fin de atender procesos judiciales, tutelas, procesos concursales y actuaciones administrativas. G) Suscribir contratos de transacción.

Por Escritura Pública No. 0038 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 15 de enero de 2015, inscrita el 10 de febrero de 2015 bajo el No.

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
00030293 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá en su calidad de tercer suplente del presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente, al doctor Tulio Hernán Grimaldo León, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.684.206, expedida en Bogotá, para representar a las compañías en todas las actuaciones judiciales, extrajudiciales y administrativas. En particular sus funciones se limitarán a los siguientes actos: A) Conciliar y transigir en las audiencias de conciliación judiciales o extrajudiciales como requisito de procedibilidad, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos de los códigos general del proceso, de procedimiento civil, de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, de procedimiento penal, de la Ley 640 de 2001, y de cualquier norma que los modifique o sustituya. B) Suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y los llamamientos en garantía. C) Absolver los interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean partes las compañías. D) Recibir notificaciones ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas y entidades centralizadas y descentralizadas. Que el doctor Tulio Hernán Grimaldo León en tal virtud está facultada para comprometer a las poderdantes.

Por escritura pública No. 0039 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 15 de enero de 2015, inscrita el 10 de febrero de 2015 bajo el No. 00030296 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá en su calidad de tercer suplente del presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente, al doctor Rafael Andres Vélez Peñarete, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.757.549, expedida en Bogotá, para representar a las compañías en todas las actuaciones judiciales, extrajudiciales y administrativas. En particular sus funciones se limitarán a los siguientes actos: A) Conciliar y transigir en las audiencias de conciliación judiciales o extrajudiciales como requisito de procedibilidad, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos de los códigos general del proceso, de procedimiento civil, de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, de procedimiento penal, de la Ley 640 de 2001, y de cualquier norma que los modifique o sustituya. B) Suministrar todas las explicaciones



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y los llamamientos en garantía. C) Absolver los interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean partes las compañías. D) Recibir notificaciones ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas y entidades centralizadas y descentralizadas. Que el doctor Rafael Andres Vélez Peñarete en tal virtud está facultada para comprometer a las poderdantes.

Por Escritura Pública No. 558 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 8 de abril de 2015, inscrita el 30 de abril de 2015 bajo el No. 00030905 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá D.C. Quien obrando en su calidad de tercer suplente del presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a María Teresa Del Pilar Castillo Restrepo identificada con cédula de ciudadanía No. 52.645.972, para que con fundamento en lo dispuesto en la constitución política de Colombia de 1991, la Ley 09 de 1991, el decreto 1735 de 1993, y la resolución externa No. 8 de 2000 y la circular externa dcin-83 expedidas por el Banco de la República, así como cualquier norma que los modifique, complemente o sustituya, realice en nombre y representación de la compañía los siguientes actos: a). Diligenciar y presentar ante los intermediarios del mercado cambiario legalmente constituidos autorizados y por las autoridades colombianas competentes, las declaraciones de cambio de las operaciones de cambio obligatoriamente canalizables a través del mercado cambiario; b). Diligenciar y presentar ante los intermediarios del mercado cambiario legalmente constituidos autorizados y por las autoridades colombianas competentes, las declaraciones de cambio de las operaciones de cambio de no obligatoria canalización a través del mercado cambiario; c). Además de las facultades inherentes al presente encargo, tiene mi apoderado todas las facultades necesarias para el eficaz ejercicio de este mandato que permitan a la compañía cumplir con sus deberes formales señalados en la ley, circulares y resoluciones y en general las obligaciones cambiarias. La señora María Teresa Del Pilar Castillo Restrepo en tal virtud está facultada para comprometer a las poderdantes.

Por Escritura Pública No. 1387 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 22 de julio de 2015, inscrita el 8 de agosto de 2015 bajo el No.

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

00031717 del libro V, modificado por escritura pública No. 0148 de la Notaría 65 de Bogotá D.C. del 14 de febrero de 2017 inscrito el 3 de marzo de 2017 bajo el No. 00036943 del libro V, en el sentido de indicar que se amplía poder para el apoderado William Martínez Camacho, compareció Javier Jose Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80.418.827 de Bogotá D.C. En su calidad de presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a William Martínez Camacho identificado con cédula ciudadanía No. 79.647.038 de Bogotá D.C., para que mientras que permanezca en ejercicio del cargo de coordinador área contable de relaciones humanas realice en nombre y representación de las compañías los siguientes actos: A). Suscribir los contratos de trabajo de los empleados; B). Suscribir las afiliaciones al sistema de seguridad social de los trabajadores; C). Suscribir la autorización de retiro de cesantías de las administradoras de fondos de pensiones y cesantías; D). Firmar la liquidación definitiva de prestaciones sociales de los empleados. E). Atender y darle el trámite correspondiente los requerimientos efectuados por la unidad de gestión pensional y parafiscales (UGPP); f). Firmar las solicitudes de trámite de incapacidades ante las entidades promotoras de salud (EPS), así como las solicitudes de pago de incapacidades o cobros de cartera ante dichas entidades; y g). Firmar derechos de petición de información presentados ante las entidades promotoras de salud (EPS). Para que mientras permanezca en el cargo de jefe de administración de personal realice en nombre y representación de las compañías los siguientes actos: A. Suscriba las cartas de terminación de los contratos de trabajo que hayan celebrado las compañías con cualquier persona natural, incluyendo los agentes dependientes. B. Suscribir y gestionar los pagos por consignación de acreencias laborales. C. Suscribir derechos de petición y quejas ante las entidades que conforman el sistema de seguridad social integral.

Por Escritura Pública No. 1951 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 07 de octubre de 2015 inscrita el 23 de octubre de 2015 bajo el No. 00032367 del libro V, compareció Javier Jose Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80418.827 en su calidad de presidente (representante legal), por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial a German Bayona Romero, identificado con cédula ciudadanía No. 79.601.207, de Bogotá D.C., para que: mientras permanezca en ejercicio del cargo de coordinador de medicina laboral, realice en nombre y representación de la compañía los

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
siguientes actos en relación con el ramo de riesgos laborales: A). Presente ante las juntas regionales de calificación de invalidez a nivel país, las solicitudes de valoración de los afiliados a la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L) De la compañía. B). Presente ante las juntas regionales de calificación de invalidez a nivel país, los recursos legales correspondientes de reposición y apelación contra los dictámenes proferidos por estas, con ocasión de valoraciones efectuadas a los afiliados a la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L) De la compañía. C). Atender cualquier trámite que se requiera ante la junta nacional de calificación. D). El apoderado queda facultado además para realizar cualquier acto relacionado con el mandato en cuestión que le permita cumplirlo a cabalidad.

Por Escritura Pública No. 2483 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 18 de diciembre de 2015, inscrita el 24 de diciembre de 2015 bajo el No. 00032914 del libro V, compareció Javier Jose Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80.418.827 expedida en Bogotá en su calidad de presidente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Claudia Marcela Sánchez rubio identificada con la cédula de ciudadanía número 65.745.726, para que realicen nombre y representación de las compañías los siguientes actos: A) Diligenciar y presentar ante los intermediarios del mercado cambiario legalmente constituidos autorizados y por las autoridades colombianas, competentes, las declaraciones de cambio de las operaciones de cambio obligatoriamente canalizables a través del mercado cambiario; B) Diligenciar y presentar ante los intermediarios del mercado cambiario legalmente constituidos autorizados y por las autoridades colombianas competentes, las declaraciones de cambio de las operaciones de cambio de no obligatoria canalización a través del mercado cambiario. C) Además de las facultades inherentes al presente encargo, tiene mi apoderada todas las facultades necesarias para el eficaz ejercicio de este mandato que permitan a la compañía cumplir con sus deberes formales señalados en la ley; circulares y resoluciones y en general las obligaciones cambiarias.

Por Escritura Pública No. 0947 del 13 de junio de 2016, inscrito el 12 de julio de 2016 bajo el No. 00034881 del libro V, modificado por escritura pública No. 1041 de la Notaría 65 de Bogotá D.C. Del 03 de julio de 2018 inscrito el 19 de julio de 2018 bajo el No. 0039716 del libro V, en el sentido de indicar que se amplía poder para el

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----

apoderado Sergio Ospina Colmenares compareció Javier Jose Suárez Esparragoza mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.418.827 expedida en Bogotá D.C., actuando en representación de la compañía, por medio de este instrumento, confiere poder especial, amplio y suficiente a Sergio Ospina Colmenares, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 79.517.528, para que realice en nombre y representación de la compañía los siguientes actos en relación con el ramo de riesgos laborales: A) Suscriba las respuestas correspondientes a las acciones de tutela impetradas ante los jueces correspondientes a nivel nacional en contra de la compañía en desarrollo de la explotación del ramo de accidentes de trabajo y enfermedad laboral y/o como Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.). B) Suscriba todos los documentos necesarios para dar cumplimiento a los fallos de tutela a nivel nacional. C) Suscriba los documentos relacionados con las impugnaciones en contra de los fallos de tutela dictados en relación con la compañía. D) Suscriba las respuestas a los incidentes de desacato dentro de las acciones de tutela que se interpongan en contra de la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) De la compañía. E) Presente ante las juntas regionales de calificación de invalidez a nivel nacional, los recursos legales de reposición y apelación correspondientes contra los dictámenes proferidos por estas, con ocasión de valoraciones efectuadas a los afiliados a la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) De la compañía. F) Comparecer e intervenir en las audiencias o diligencias judiciales que se ordenen como practica de pruebas dentro del trámite de las acciones de tutela e incidentes de desacato iniciados ante los jueces correspondientes a nivel nacional en contra de la compañía, en desarrollo de la explotación del ramo de accidentes de trabajo y enfermedad laboral y/o como Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.). Absuelva los interrogatorios de parte y confiese en los procesos judiciales dentro de los cuales sea parte la aseguradora como administradora de riesgos laborales. Solicite a los afiliados y/o terceras personas, todos los documentos que estime necesarios para el estudio de reclamaciones que se presenten a la compañía en el ramo de riesgos laborales y todos los anexos expedidos por la compañía en relación con estos contratos. Objeto las reclamaciones presentadas a la poderdante cuando haya lugar, de conformidad con las normas aplicables. Comparezca e intervenga en las audiencias de conciliación que se celebren entre personas naturales o jurídicas y la compañía. Igualmente se faculta para que suministre todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y en el evento en que se presenten

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
fórmulas de arreglo, queda expresamente facultado para conciliar y comprometer a la compañía. Represente a la compañía en las diligencias administrativas que se adelanten a nivel nacional ante los ministerios de salud y protección social y del trabajo, entre personas naturales y jurídicas y la compañía, quedando expresamente facultado para comprometer a la compañía. Presente ante las juntas regionales de calificación de invalidez a nivel nacional, las solicitudes de valoración de los afiliados a la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) De la compañía. Atender cualquier trámite ante la junta nacional de calificación de invalidez. Verificada la ocurrencia de siniestros y los accidentes cubiertos por los contratos haga el pago respectivo. El apoderado queda facultado además para realizar cualquier acto relacionado con el mandato en cuestión que le permita cumplirlo a cabalidad.

Por Escritura Pública No. 0537 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 26 de abril de 2017 inscrita el 3 de abril de 2017 bajo el No. 00037221 del libro V, compareció Jose Javier Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80.418.827 expedida en Bogotá D.C en su calidad de presidente de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Edgar Eduardo Urrego Zipa identificado con cédula ciudadanía No. 19.349.249 para que mientras permanezca en ejercicio del cargo de coordinador de gestión tributaria y con fundamento en lo dispuesto en el artículo 572-1 del decreto 624 de 1989 (estatuto tributario), realice en nombre y representación de la compañía los siguientes actos: a) Suscriba y presente todas las declaraciones tributarias de compañía ante la dirección de Impuestos Y Aduanas Nacionales-Dian incluyendo pero no limitándose a: las declaraciones del (I) Impuesto sobre la renta complementarios, (II) De ingresos y patrimonio, (III) IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS, (IV) Gasolina y Acpm, (V) Consumo, (vi) Impuesto sobre la renta para la equidad, cree, (VII) De retención en la fuente, (VIII) De patrimonio, (ix) Gravamen a los movimientos financieros, e (X) Individuales y consolidadas de precios de transferencia; b) Suscriba y presente todas las declaraciones tributarias de la compañía ante las administraciones de impuestos departamentales, distritales y municipales, incluyendo pero no limitándose a las declaraciones del (I) Impuesto de industria y comercio, (II) De retenciones del impuesto de industria y comercio, (III) Impuesto predial, e (IV) Impuesto de vehículos; c) En particular, se autoriza al mandatario para que presente y firme todas las declaraciones descritas en los

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

literales (a) Y (b), a través de los servicios informáticos electrónicos o documentales, información que en caso de requerirse, podrá estar firmada digitalmente por el mandatario. D) Además de las facultades inherentes al presente, tiene mi apoderado todas las facultades, necesarias para el eficaz ejercicio de este mandato que permitan a, la compañía cumplir con sus deberes formales señalados en la ley o en el reglamento y en general los deberes tributarios.

Por Escritura Pública No. 0536 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 26 de abril de 2017 inscrita el 3 de mayo de 2017 bajo el No. 00037223 del libro V, compareció Javier Jose Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80.418.827 expedida en Bogotá D.C. En su calidad de presidente de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a María Ligia Victoria Betancur Aguirre mayor de edad, identificada con cédula; de ciudadanía número 66.822.888, y mientras permanezca en el cargo de vicepresidenta ejecutiva de formación y gestión humana. Para que realice en nombre y representación de las compañías los siguientes actos: suscribir los contratos de trabajo de los empleados. Suscribir las afiliaciones al sistema de seguridad social de los empleados. Suscribir la autorización a los empleados para el retiro de sus cesantías en las administradoras de fondos de pensiones y cesantías. Firmar la liquidación definitiva de prestaciones sociales de los empleados suscribir y gestionar los pagos por consignación de acreencias laborales suscriba los contratos de trabajo con los agentes y los contratos de agencia comercial con las agencias colocadoras de seguros y títulos de capitalización. Suscribir los contratos de convenios de corte de cuentas con los corredores y agencias de seguros y de capitalización. Suscribir los certificados públicos de idoneidad a los intermediarios de seguros. Suscriba las cartas de despido de los agentes dependientes y la terminación de los contratos de agencia comercial. Firmar las solicitudes de trámite de incapacidades ante las entidades promotoras de salud (EPS), así como las solicitudes de pago de incapacidades o cobros de cartera ante dichas entidades. Firmar derechos de petición de información presentados antes las entidades promotoras de salud (EPS). Suscribir derechos de petición y quejas ante las entidades que conforman el sistema de seguridad social integral. Firmar las solicitudes de corrección de historia laboral pensional ante COLPENSIONES y las administradoras de, fondos de pensiones y, cesantías. Firmar las solicitudes de cálculo actuarial por parte de COLPENSIONES para la

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
corrección de semanas no cotizadas. Atender y darle el trámite correspondiente a los requerimientos efectuados por la unidad de gestión pensional y parafiscales (UGPP). Firmar todos los traspasos, contratos de compraventa y demás documentos relacionados con dicho acto, de los vehículos automotores que las compañías adquieran o enajenen.

Por Escritura Pública No. 0198 de la Notaría 65 de Bogotá D.C. Del 20 de febrero de 2018, inscrita el 23 de febrero de 2018 bajo el No. 00038854 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo, identificada con la cédula de ciudadanía número 39.681.414 expedida en Bogotá D.C. Quien obrando en su calidad de tercer suplente del presidente de SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A, y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., que actuando en representación de las compañías, por medio de este instrumento, confiere poder especial, amplio y suficiente a Hernando Fabiano Ramírez Rojas, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.911.703, para representar a las compañías en todas las actuaciones judiciales, extrajudiciales y administrativas. En particular sus funciones se limitarán a los siguientes actos: a) Conciliar y transigir en las audiencias de conciliación judiciales o extrajudiciales como requisito de procedibilidad, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos de los códigos general del proceso, de procedimiento civil, de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, de procedimiento penal, de la ley 640 de 2001, y de cualquier norma que los modifique o sustituya. B) Suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y los llamamientos en garantía. C) Absolver los interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean partes las compañías. D) Recibir notificaciones ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas y entidades centralizadas y descentralizadas. Que Hernando Fabiano Ramírez Rojas en tal virtud está facultado para comprometer a las poderdantes.

Por Escritura Pública No. 0197 de la Notaría 65 de Bogotá D.C. Del 20 de febrero de 2018, inscrita el 23 de febrero de 2018 bajo el No. 00038857 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo, identificada con la cédula de ciudadanía número 39.681.414 expedida en Bogotá D.C. Quien obrando en su calidad de tercer suplente del presidente de SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A, y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. Que actuando en



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
representación de las compañías por medio de este instrumento, confiere poder especial, amplio y suficiente a Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla, identificado con cédula de ciudadanía número 7.173.298 para representar a las compañías en todas las actuaciones judiciales, extrajudiciales y administrativas en particular sus funciones se limitaran a los siguientes actos a) Conciliar y transigir en las audiencias de conciliación judiciales o extrajudiciales como requisito de procedibilidad, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos de los códigos general del proceso, de procedimiento civil, de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, de procedimiento penal, d la ley 640 de 2001, y de cualquier norma que los modifique o sustituya. B) Suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y los llamamientos en garantía. C) Absolver los interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean partes las compañías. D) Recibir notificaciones ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas y entidades centralizadas y descentralizadas. Que Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla en tal virtud está facultado para comprometer a las poderdantes.

Por Escritura Pública No. 0515 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 16 de abril de 2018, inscrita el 30 de abril de 2018 bajo el registro no 00039231 del libro V, modificado mediante Escritura Pública No. 0152 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 12 de febrero de 2021, inscrita el 3 de Marzo de 2021 bajo el registro No 00044900 del libro V, compareció Javier José Suarez Esparragoza, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 80.418.827 expedida en Bogotá D.C., quien obrando en su calidad de presidente de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. con Nit 860.002.503-2, de la compañía seguros comerciales bolívar s.a. con Nit 860.002.180-7 y de la compañía capitalizadora bolívar s.a. Con Nit 860.006.359-6, en adelante las compañías, manifestó, que actuando en representación de las compañías, por medio de este instrumento y en virtud de lo dispuesto en el artículo 114 del código de comercio, confieren poder especial, amplio y suficiente a Mabel Lucía Yaneth Geovannety, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 49.740.939, para que en nombre y representación de la compañía y mientras permanezca en el cargo de gerente de gestión humana realice los siguientes actos: 1) Suscribir los actos de trabajo de los empleados. 2) Suscribir las afiliaciones al sistema de seguridad social de los empleados. 3) Suscribir la autorización a los empleados

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
para el retiro de sus cesantías en las administradoras de fondos de pensiones y cesantías. 4) Suscriba las cartas de despido de los empleados. 5) Firmar la liquidación definitiva de prestaciones sociales de los empleados. 6) Suscribir y gestionar los pagos por consignación de acreencias laborales. 7) Suscriba los contratos de trabajo con los agentes y los contratos de agencia comercial con las agencias colocadoras de seguros y títulos de capitalización. 8) Suscribir los contratos de convenios de corte de cuentas con los corredores y agencia de seguros y de capitalización. 9) Suscribir los certificados públicos de idoneidad a los intermediarios de seguros. 10) Suscriba las cartas de despido de los agentes dependiente y la terminación de los contratos de agencia comercial. 11) Firmar las solicitudes de trámite de incapacidades ante las entidades promotoras de salud (EPS), así como las solicitudes de pago de incapacidades o cobros de cartera ante dichas entidades. 12) Firmar derechos de petición de información presentados antes las entidades promotoras de salud (EPS). 13) Suscribir derechos de petición y quejas ante las entidades que conforman el sistema de seguridad social integral. 14) Firmar las solicitudes de corrección de historia laboral pensional ante COLPENSIONES y las administradoras de fondos de pensiones y cesantías. 15) Firmar las solicitudes de cálculo actuarial por parte de COLPENSIONES para la corrección de semanas no cotizadas. 16) Atender y darle el trámite correspondiente a los requerimientos efectuados por la unidad de gestión pensional y parafiscales (UGPP). 17) Cumplir con las responsabilidades designadas por la alta dirección en materia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), conforme al Artículo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 del 2015.

Por Escritura Pública No. 945 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 13 de junio de 2016, inscrita el 19 de julio de 2018 bajo el registro no 00039714 del libro V, modificado por escritura pública No. 1040 de la Notaría 65 de Bogotá D.C. Del 03 de julio de 2018 inscrito el 19 de julio de 2018 bajo el No. 00039715 del libro v, en el sentido de indicar que se amplía poder para la apoderada Aida Constanza Forero Acosta, compareció Javier Jose Suárez Esparragoza identificado con cédula de ciudadanía No. 80.418.827 de Bogotá D.C. En su calidad de presidente de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., en adelante la compañía, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Aida Constanza Forero acosta identificada con cédula ciudadanía No. 39.762.779 para que realice en nombre y representación de la compañía los siguientes actos en

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
relación con el ramo de riesgos laborales: a) Solicite a los afiliados y/o terceras personas, todos los documentos que estime necesarios para el estudio de reclamaciones que se presenten a la compañía en el ramo de riesgos laborales y todos los anexos expedidos por la compañía en relación con estos contratos. B) Verificar la ocurrencia de siniestros y los accidentes cubiertos por los contratos haga el pago respectivo. C) Objete las reclamaciones presentadas a la poderdante cuando haya lugar, de conformidad con las normas aplicables. D) Comparezca e intervenga en las audiencias de conciliación que se celebren entre personas naturales o jurídicas y la compañía. E) Represente a la compañía en las diligencias administrativas que se adelanten a nivel nacional ante el ministerio de salud y protección social y ante el Ministerio de Trabajo, entre personas naturales y jurídicas y la compañía, quedando expresamente facultado para comprometer a la compañía. Amplia: En relación con el ramo de riesgos laborales: suscriba las respuestas correspondientes a las acciones de tutela impetradas ante los jueces correspondientes a nivel nacional en contra de la compañía en desarrollo de la explotación del ramo de accidentes de trabajo y enfermedad laboral y/o como Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L). Suscriba todos los documentos necesarios para dar cumplimiento a los fallos de tutela a nivel nacional. Suscriba los documentos relacionados con las impugnaciones en contra de los fallos de tutela dictados en relación con la compañía. Suscriba las respuestas a los incidentes de desacato dentro de las acciones de tutela que se interpongan en contra de la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L): De la compañía. suscribir los contratos sin límite de cuantía con instituciones prestadoras de servicios (I.P.S.), Entidades Promotoras De Salud (E.P.S.) Y demás proveedores de servicios médicos y/o hospitalarios de la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) De la compañía. El apoderado queda además facultado para realizar cualquier acto relacionado con el mandato en cuestión que le permita cumplirlo a cabalidad.

Por Escritura Pública No. 1822 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 19 de octubre de 2018, inscrita el 13 de agosto de 2018 bajo el registro no 00039824 del libro V, modificado por la escritura pública No.1273 del 27 de julio de 2018 de la Notaría 65 de Bogotá; inscrita el 13 de agosto de 2018 , bajo el número 00039825 del libro V en el sentido de indica que amplía el poder especial, amplio y suficiente, compareció Javier José Suárez Esparragoza identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.418.827 expedida en Bogotá D.C., en su calidad

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----

de presidente de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., por medio de la presente escritura pública, actuando en representación de la compañía, por medio de este instrumento confiere poder especial, amplio y suficiente a David Leonardo Otero Bahamón identificado con cédula de ciudadanía No. 91.514.879 para que realice en nombre y representación de la compañía los siguientes actos en relación con el ramo de salud: A) Suscriba las respuestas a las acciones de tutela impetradas contra la compañía ante los jueces correspondientes a nivel nacional. B) Suscriba todos los documentos necesarios para dar cumplimiento a los fallos de tutela a nivel nacional. C) Suscriba los documentos relacionados con las impugnaciones en contra de los fallos de tutela dictados en relación con la compañía. D) Suscriba las respuestas a los incidentes de desacato dentro de las acciones de tutela que se interpongan en contra de la compañía. E) Comparezca e intervenga en las audiencias o diligencias judiciales que se ordenen como práctica de pruebas, dentro del trámite de las tutelas e incidentes de desacato iniciados ante los jueces, a nivel nacional, en contra de la compañía, en desarrollo de la explotación del ramo de salud. Para que realice en nombre y representación de la compañía los actos allí establecidos en relación con el ramo de salud tanto como para el ramo de vida.

Por Escritura Pública No. 1628 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 10 de septiembre de 2018, inscrita el 21 de septiembre de 2018 bajo el registro no 00040062 del libro V, compareció María Mercedes Ibáñez Castillo identificado con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Jaime Enrique Hernández Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.938.138 de Bogotá y tarjeta profesional 180.264 del C.S.J., facultándolo para que realice los siguientes actos: A) Para que represente a las compañías ante entidades públicas. B) Para que comparezca en nombre de las compañías a las audiencias de conciliación en los procesos en los que ellas sean demandadas o demandantes. C) Para que en nombre y representación de las compañías asista a las audiencias de conciliación como requisito de procedibilidad de conformidad con lo señalado en la Ley 640 de 2011 y demás normas que la adicionen, reformen, modifiquen o complementen. D) Para confesar, recibir, desistir, conciliar y transigir, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos señalados en la ley 640 de 2011, del artículo 101 del código de procedimiento civil, el Código General del

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
Proceso, el artículo 39 de la Ley 712 de 2001 y demás normas que la adicionen, reformen, modifiquen o complementen. E) Para suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas, los llamamientos en garantía y las tutelas. F) Para absolver interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean parte las compañías. G) Para interponer acciones de tutela y contestar aquellas que se formulen contra las compañías. H) Para notificarse de todas las providencias judiciales o administrativas en que tengan interés las compañías. I) Para suscribir contratos de transacción.

Por Escritura Pública No. 1627 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 10 de septiembre de 2018, inscrita el 21 de septiembre de 2018 bajo el registro no 00040069 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 expedida en Bogotá, en su calidad de representante legal suplente de la compañía de seguros bolívar s.a., por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Jaime Arturo González Ávila identificado con cédula ciudadanía No. 79.701.653 de Bogotá D.C. Y tarjeta profesional número 175.060 del C.S.J, facultándolo para que en el departamento del Tolima realice los siguientes actos: a) Para que represente a las compañías ante entidades públicas. B) Para que comparezca en nombre de las compañías a las audiencias de conciliación en los procesos en los que ellas sean demandadas o demandantes. C) Para que en nombre y representación de las compañías asista a las audiencias de conciliación como requisito de procedibilidad de conformidad con lo señalado en la Ley 640 de 2001 y demás normas que la adicionen, reformen, modifiquen o complementen. D) Para confesar, recibir, desistir, conciliar y transigir, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos señalados en la ley 640 de 2001, del artículo 101 del código de procedimiento civil, el código general del proceso, el artículo 39 de la Ley 712 de 2001 y demás normas que la adicionen, reformen, modifiquen o complementen. E) Para suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas, los llamamientos en garantía y las tutelas. F) Para absolver interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean parte las compañías. G) Para iniciar procesos judiciales civiles penales y administrativos. H) Para interponer acciones de tutela y contestar aquellas que se formulen contra las compañías. I) Para otorgar poderes especiales con el fin de atender procesos judiciales, procesos concursales y actuaciones

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
administrativas. J) Para notificarse de todas la providencias judiciales o administrativas en que tengan interés las compañías. K) Para suscribir contratos de transacción.

Por Escritura Pública No. 2201 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 4 de diciembre de 2018, inscrita el 11 de diciembre de 2018 bajo el registro no 00040567 del libro V compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo identificado con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Ricardo Andres Mazuera Noriega, identificado con cédula de ciudadanía número 19.494.907 de Bogotá facultándolo para que en el departamento de valle del cauca realice los siguientes actos: A) Para que represente a las compañías ante entidades públicas. B) Para que comparezca en nombre de las compañías a las audiencias de conciliación en los procesos en los que ellas sean demandadas o demandantes. C) Para que en nombre y representación de las compañías asista a las audiencias de conciliación como requisito de procedibilidad de conformidad con lo señalado en la Ley 640 de 2001 y demás normas que la adicionen, reformen, modifiquen o complementen. D) Para confesar, recibir, desistir, conciliar y transigir, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos señalados en la Ley 640 de 2001, del artículo 101 del Código de Procedimiento Civil, el Código General del Proceso, el artículo 39 de la Ley 712 de 2001 y demás normas que la adicionen, reformen, modifiquen o complementen. E) Para suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas, los llamamientos en garantía y las tutelas. F) Para absolver interrogatorios de parte y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales san parte las compañías. G). Para iniciar procesos judiciales civiles, penales y administrativos. H) Para interponer acciones de tutela y contestar aquellas que se formulen contra las compañías. I) Para otorgar poderes especiales con el fin de atender procesos judiciales, procesos concursales y actuaciones administrativas. J) Para notificarse de todas la providencias judiciales o administrativas en que tengan interés las compañías. K) Para suscribir contratos de transacción.

Por Escritura Pública No. 1420 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 3 de SEPTIEMBRE de 2019, inscrita el 11 de Septiembre de 2019 bajo el número 00042212 del libro V compareció María de las Mercedes Ibáñez Castillo, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, D.C., identificada

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

-----  
con la cédula de ciudadanía número 39.681.414 expedida en Bogotá, D.C. quien obrando en su calidad de Representante Legal Suplente de COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., por medio de este instrumento, confiere poder especial, amplio y suficiente a Karem Peñaloza Mejía, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.020.740.942 de Bogotá, para que mientras permanezca en el cargo de Jefe Oferta de Valor Intermediarios, realice los siguientes actos en nombre y representación de LAS COMPAÑÍAS: 1. Firmar los certificados públicos de idoneidad que se dan a los consejeros 2. Suscribir los contratos de trabajo con los agentes y los contratos de agencia comercial con las agencias colaboradoras de seguros y títulos de capitalización. 3. Suscribir los contratos de convenios de corte de cuentas con los corredores y agencias de seguros y de capitalización. 4. Firmas las afiliaciones a la seguridad social de los agentes dependientes. 5. Suscribir las cartas de despido de los agentes dependientes y la terminación del contrato de agencia comercial.

Por Escritura Pública No. 0928 de la Notaría 65 de Bogotá D.C. del 20 de junio de 2019, inscrita el 29 de Noviembre de 2019 bajo el registro No. 00042653 del libro V, modificada por Escritura Pública No. 1134 de la Notaria 65 de Bogotá D.C. del 19 de julio de 2019, inscrita el 29 de Noviembre de 2019 bajo el registro No. 00042658 del libro V, compareció María de las Mercedes Ibañez Castillo identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Bogotá D.C. en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial a Fabian Contreras Lemus, identificado con cédula de ciudadanía número 79.952.012 de Bogotá, para que en nombre y representación de la compañía realice los siguientes actos: 1. Suscribir los contratos de trabajo de los empleados 2. Suscribir las afiliaciones al Sistema de Seguridad Social de los trabajadores. 3. Suscribir la autorización a los empleados para el retiro de sus cesantías en las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías. 4. Firmar la liquidación definitiva de prestaciones sociales de los empleados. 5. Atender y darle el trámite correspondiente a los requerimientos efectuados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP). 6. Firmar las solicitudes de trámite de incapacidades ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), así como las solicitudes de pago de incapacidades o cobros de cartera ante dichas entidades. 7. Firmar derechos de petición de información presentados antes las Entidades Promotoras de Salud (EPS). 8. Suscriba las cartas de despido de los agentes dependientes y la



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
terminación de los contratos de agencia comercial. 9. Suscribir y gestionar los pagos por consignación de acreencias laborales. 10. Suscribir derechos de petición y quejas ante las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral. Realice los siguientes actos, de acuerdo con las directrices que para el efecto imparta la Vicepresidencia de talento Humano: 1. Suscribir cartas de terminación de los contratos comerciales que hayan celebrado la compañía con agentes independientes y agencias de seguros. 2. Suscribir las cartas de terminación de los contratos de trabajo que hayan celebrado la compañía con cualquier persona natural.

Por Escritura Pública No. 171 del 26 de enero de 2022, otorgada en la Notaría 5 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 3 de Febrero de 2022, con el No. 00046713 del libro V, la persona jurídica confirió poder especial, amplio y suficiente a Gloria Yazmine Breton Mejia, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.689.883, para representar a las compañías en todas las actuaciones judiciales, extrajudiciales y administrativas. En particular sus funciones se limitarán a los siguientes actos: a) Conciliar y transigir en las audiencias de conciliación judiciales o extrajudiciales como requisito de procedibilidad, comprendiendo la posibilidad de hacerlo dentro de los términos de los códigos General del Procesó, de Procedimiento Civil, de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de Procedimiento Penal, de la Ley 640 de 2001, y de cualquier norma que los modifique o sustituya. b) Suministrar todas las explicaciones y aclaraciones relacionadas con las contestaciones de las demandas y los llamamientos en garantía. c) Absolver los interrogatorios de pate y confesar en procesos judiciales dentro de los cuales sean partes las compañías. d) Recibir notificaciones ante autoridades jurisdiccionales, administrativas políticas y entidades centralizadas y descentralizadas. Que Gloria Yazmine Breton Mejia en tal virtud está facultada para comprometer a las poderdantes.

**REFORMAS DE ESTATUTOS****ESTATUTOS:**

| E.P. NO. | FECHA         | NOTARIA   | FECHA Y NO. INSCRIPCION  |
|----------|---------------|-----------|--------------------------|
| 3.592    | 05--XII-1.939 | 04 BOGOTA | 18--XII-1.939 NO.005.335 |
| 2.848    | 09---VI-1.953 | 04 BOGOTA | 25---VI-1.953-NO.022.864 |
| 3.941    | 12-VIII-1.954 | 04 BOGOTA | 24-VIII-1.954-NO.024.027 |

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

|       |               |                |                          |
|-------|---------------|----------------|--------------------------|
| 6.487 | 30---XI-1.955 | 04 BOGOTA      | 13--XII-1.955-NO.025.065 |
| 4.190 | 23--VII-1.958 | 04 BOGOTA      | 31--VII-1.958-NO.027.171 |
| 3.930 | 26-VIII-1.963 | 04 BOGOTA      | 24---IX-1.963-NO.032.247 |
| 3.391 | 17--VII-1.964 | 04 BOGOTA      | 09----X-1.964-NO.033.561 |
| 3.492 | 01--VII-1.970 | 04 BOGOTA      | 03-VIII-1.970-NO.042.746 |
| 1.748 | 05---VI-1.972 | 14 BOGOTA      | 04--VII-1.972-NO.003.384 |
| 1.335 | 25--VII-1.975 | 15 BOGOTA      | 12-VIII-1.975-NO.028.931 |
| 00537 | 10--VII-1.981 | 24 BOGOTA      | 04-VIII-1.981-NO.103.983 |
| 4.993 | 08----X-1.987 | 04 BOGOTA      | 14----X-1.987-NO.220.903 |
| 3.067 | 19----V-1.988 | 01 BOGOTA      | 27----V-1.988-NO.237.195 |
| 5.002 | 23---VI-1.989 | 29 BOGOTA      | 28---VI-1.989-NO.268.547 |
| 5.966 | 05---IX-1.991 | 1A STAFE. BTA. | 19---IX-1.991-NO.339.338 |
| 6.179 | 11---XI-1.992 | 31 STAFE. BTA. | 25---XI-1.992-NO.386.929 |
| 2.895 | 08---IV-1.994 | 29 STAFE. BTA. | 13---IV-1.994 NO.443.731 |
| 3.431 | 26---IV-1.995 | 29 STAFE. BTA. | 03----V-1.995 NO.490.727 |
| 1.209 | 29---IV-1.996 | 27 STAFE. BTA. | 30---IV-1.996 NO.535.953 |
| 0.902 | 28- IV--1.997 | 7A STAFE. BTA. | 30---IV-1.997 NO.583.233 |

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

| DOCUMENTO                                                                  | INSCRIPCIÓN                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| E. P. No. 0001076 del 30 de abril de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.   | 00634090 del 15 de mayo de 1998 del Libro IX    |
| E. P. No. 0001978 del 10 de agosto de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.  | 00646619 del 26 de agosto de 1998 del Libro IX  |
| E. P. No. 0000799 del 29 de abril de 1999 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.   | 00679856 del 13 de mayo de 1999 del Libro IX    |
| E. P. No. 0002101 del 30 de octubre de 2000 de la Notaría 7 de Bogotá D.C. | 00750905 del 31 de octubre de 2000 del Libro IX |
| E. P. No. 0000519 del 21 de marzo de 2003 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.   | 00874908 del 10 de abril de 2003 del Libro IX   |
| E. P. No. 0000757 del 12 de abril de 2004 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.   | 00933674 del 11 de mayo de 2004 del Libro IX    |
| E. P. No. 0000766 del 20 de abril de 2005 de la Notaría 7 de Bogotá        | 00988826 del 29 de abril de 2005 del Libro IX   |

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

|                                                                              |                                                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
| D.C.                                                                         |                                                   |  |
| E. P. No. 0000844 del 20 de abril de 2006 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.     | 01051126 del 21 de abril de 2006 del Libro IX     |  |
| E. P. No. 0001043 del 15 de mayo de 2007 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.      | 01135408 del 1 de junio de 2007 del Libro IX      |  |
| E. P. No. 0002583 del 22 de octubre de 2007 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.   | 01166412 del 23 de octubre de 2007 del Libro IX   |  |
| Cert. Cap. No. 0000001 del 17 de diciembre de 2007 de la Revisor Fiscal      | 01178065 del 17 de diciembre de 2007 del Libro IX |  |
| E. P. No. 0003261 del 19 de diciembre de 2007 de la Notaría 7 de Bogotá D.C. | 01179386 del 21 de diciembre de 2007 del Libro IX |  |
| E. P. No. 0000482 del 7 de marzo de 2008 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.      | 01197407 del 10 de marzo de 2008 del Libro IX     |  |
| E. P. No. 1042 del 26 de mayo de 2009 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.         | 01304221 del 10 de junio de 2009 del Libro IX     |  |
| E. P. No. 853 del 30 de marzo de 2010 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.         | 01374370 del 9 de abril de 2010 del Libro IX      |  |
| E. P. No. 0792 del 27 de mayo de 2013 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.        | 01738006 del 11 de junio de 2013 del Libro IX     |  |
| E. P. No. 0606 del 14 de abril de 2015 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.       | 01931589 del 20 de abril de 2015 del Libro IX     |  |
| E. P. No. 0553 del 12 de abril de 2016 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.       | 02094920 del 19 de abril de 2016 del Libro IX     |  |
| E. P. No. 1855 del 31 de octubre de 2019 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.     | 02521091 del 1 de noviembre de 2019 del Libro IX  |  |
| E. P. No. 4875 del 2 de diciembre de 2021 de la Notaría 5 de Bogotá D.C.     | 02769991 del 7 de diciembre de 2021 del Libro IX  |  |

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

**SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL**

Por Documento Privado del 24 de noviembre de 2003 , inscrito el 27 de noviembre de 2003 bajo el número 00908290 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- GRUPO BOLIVAR S.A

Domicilio: Bogotá D.C.

Presupuesto: No reportó

Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.

**CERTIFICAS ESPECIALES**

\*\*\*\*Certifica Especiales\*\*\*\*

Por Resolución No. 0332 de la Superintendencia de Valores del 17 de abril de 1997, inscrita el 30 de abril de 1997 bajo el No. 583.324 del libro IX, se autorizó una emisión ordinaria de 20.000 bonos por valor de \$20.000.000.000,00, y fue nombrado:

CARGO NOMBRE IDENTIFICACIÓN

Representante Legal FIDUCIARIA UNION S.A Nit. 800.145.371

De los tenedores FIDUNION S.A.

De bonos

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
en curso ningún recurso.**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: 6512

**ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO**

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: SUCURSAL BOGOTA COMERCIALES BCM COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR  
Matrícula No.: 00551125  
Fecha de matrícula: 4 de junio de 1993  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Sucursal  
Dirección: Cr 7 No. 71 52 To B P 3  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SUCURSAL REGIONAL BOGOTA  
Matrícula No.: 00551670  
Fecha de matrícula: 9 de junio de 1993  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Sucursal  
Dirección: Avenida Carrera 45 # 108-27 Torre 1 Piso 9 Edificio Paralelo 108  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A AGENCIA CHICO  
Matrícula No.: 00586074  
Fecha de matrícula: 3 de marzo de 1994  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Agencia  
Dirección: Cr 12 No. 79 43 Pi 6  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: AGENCIA PASADENA

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Matrícula No.: 00586128  
Fecha de matrícula: 3 de marzo de 1994  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Agencia  
Dirección: Avenida Carrera 45 # 108-27 Torre 1 Piso 9 Edificio Paralelo 108  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: AGENCIA CEN CAFAM FLORESTA  
Matrícula No.: 01646586  
Fecha de matrícula: 23 de octubre de 2006  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Agencia  
Dirección: Ak 68 No. 90 88 Lc  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR AGENCIA SANTA BARBARA  
Matrícula No.: 01759514  
Fecha de matrícula: 10 de diciembre de 2007  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Agencia  
Dirección: Av 19 No. 123 68  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR SA AGENCIA LA CASTELLANA  
Matrícula No.: 01961815  
Fecha de matrícula: 5 de febrero de 2010  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Agencia  
Dirección: Avenida 100 # 62-49  
Municipio: Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN [WWW.RUES.ORG.CO](http://WWW.RUES.ORG.CO).

**TAMAÑO EMPRESARIAL**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 8.049.004.000.000

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6512

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 7 de diciembre de 2021. Fecha de envío de información a Planeación : 26 de febrero de 2022. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

\*\*\*\*\*

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS****Fecha Expedición: 1 de marzo de 2022 Hora: 09:15:10**

Recibo No. AA22248355

Valor: \$ 6,500

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A222483559C12D**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

\*\*\*\*\*  
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

\*\*\*\*\*  
Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.





SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 2705911170115005**

Generado el 01 de marzo de 2022 a las 09:20:17

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

**EL SECRETARIO GENERAL**

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

**CERTIFICA**

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

**NIT:** 860002503-2

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2705911170115005

Generado el 01 de marzo de 2022 a las 09:20:17

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

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

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

| NOMBRE                                                                         | IDENTIFICACIÓN | CARGO                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|
| Álvaro Alberto Carrillo Buitrago<br>Fecha de inicio del cargo: 01/01/2022      | CC - 79459431  | Presidente                                                 |
| David Leonardo Otero Bahamon<br>Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020          | CC - 91514879  | Primer Suplente del Presidente                             |
| Sandra Isabel Sánchez Suarez<br>Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015          | CC - 51710260  | Segundo Suplente del Presidente                            |
| María De Las Mercedes Ibáñez Castillo<br>Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994 | CC - 39681414  | Tercer Suplente del Presidente                             |
| Claudia Marcela Sánchez Rubio<br>Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020         | CC - 65745726  | Cuarto Suplente del Presidente                             |
| Álvaro José Cobo Quintero<br>Fecha de inicio del cargo: 10/02/2022             | CC - 14898861  | Quinto Suplente del Presidente                             |
| Rafael Andres Velez Peñarete<br>Fecha de inicio del cargo: 28/12/2021          | CC - 80757549  | Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales |

## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2705911170115005

Generado el 01 de marzo de 2022 a las 09:20:17

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

| NOMBRE                                                                       | IDENTIFICACIÓN | CARGO                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------|
| Allan Iván Gómez Barreto<br>Fecha de inicio del cargo: 09/03/2021            | CC - 79794741  | Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales |
| Sergio Vladimir Ospina Colmenares<br>Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020   | CC - 79517528  | Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales |
| Hernando Fabiano Ramírez Rojas<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018      | CC - 79911703  | Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales |
| Juan Fernando Parra Roldán<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014          | CC - 79690071  | Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales |
| Elsa Magdalena Pardo Rey<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014            | CC - 21068659  | Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales |
| Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018 | CC - 7173298   | Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales             |

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

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

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

Resolución S.B. No 2511 del 18 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

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

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

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



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES**  
**SECRETARIO GENERAL**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 2705911170115005**

Generado el 01 de marzo de 2022 a las 09:20:17

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

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

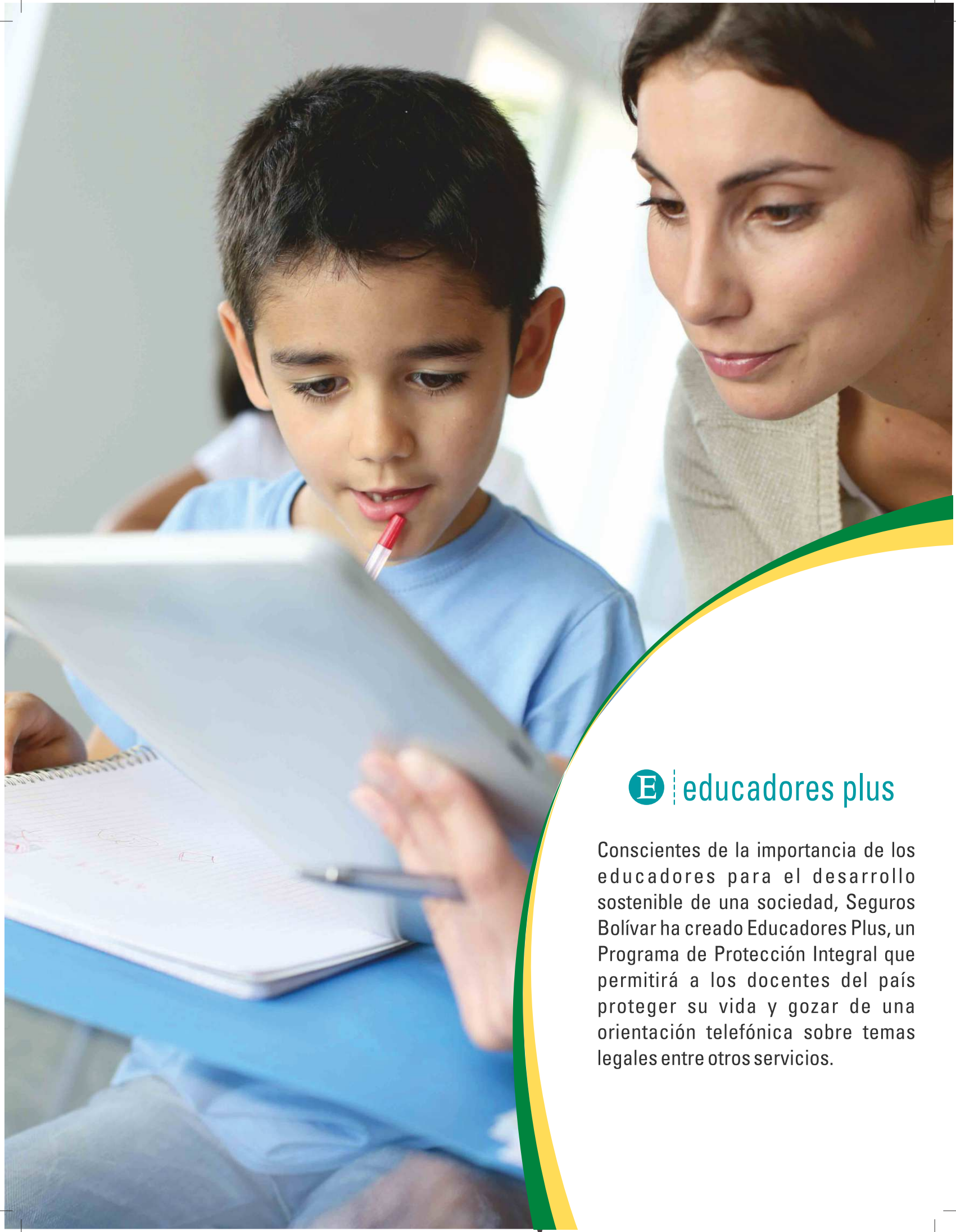
CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



# E | educadores plus







## **E** | educadores plus

Conscientes de la importancia de los educadores para el desarrollo sostenible de una sociedad, Seguros Bolívar ha creado Educadores Plus, un Programa de Protección Integral que permitirá a los docentes del país proteger su vida y gozar de una orientación telefónica sobre temas legales entre otros servicios.

# CONOZCA NUESTROS BENEFICIOS



## Sucesiones

Los beneficiarios recibirán orientación acerca de los trámites para juicios de sucesión.

## Derecho de familia

Incluye lo legalmente relacionado con las relaciones familiares:

- Capitulaciones
- Divorcio
- Manutención, custodia y visitas de hijos menores
- Derechos de cada uno de los padres
- Adopción
- Violencia doméstica

## Derecho civil

Asesoría en normas y principios de las relaciones personales y patrimoniales:

- Contratos y cobros de canon de arrendamiento
- Comunidad de vecinos
- Propiedad horizontal
- Reclamación de daños



## Derecho laboral

Asesoría en la relación empleadores y empleados:

- Salario y jornada laboral
- Contratación
- Liquidaciones
- Pago parafiscales



## Derecho tributario

Asesoría en:

- Declaración de renta
- Impuestos
- Ingresos



## Revisión de documentos

- Cartas de solicitudes
- Cartas para reclamación
- Peticiones
- Comunicaciones
- Notificaciones
- Cartas laborales
- Desistimientos
- Cartas de recordatorio
- Autorizaciones
- Actas

Nota: Todas las asesorías serán telefónicas, en ningún caso se adelantará procesos de cualquier índole. Asistencia Bolívar S.A. no planteará, formulará, adelantará, pagará, ni se hace responsable de cualquier acción judicial que el afiliado realice contra cualquier persona natural o jurídica. El número de servicios es limitado durante el tiempo de vigencia de la póliza a la que está adscrito este tipo de servicio.





# BRINDAMOS PROTECCIÓN



## Renta diaria por hospitalización

Si el cliente es hospitalizado en territorio colombiano, por un tiempo superior a 24 horas, como consecuencia de un accidente o una enfermedad no preexistente, se garantiza el pago del valor estipulado en la tabla de coberturas en calidad de renta diaria por hospitalización.



## Renta diaria por incapacidad post hospitalaria

Si como consecuencia de una hospitalización amparada por la cobertura de renta diaria por hospitalización derivada de accidente o enfermedad no preexistente, el asegurado es incapacitado, se cubrirá esta incapacidad después del segundo día de incapacidad en calidad de renta diaria por incapacidad post hospitalaria.



## Amparo básico

En caso de fallecimiento, sus beneficiarios recibirán un monto económico que les proporcionará tranquilidad. Para cubrir los Últimos Gastos los beneficiarios recibirán un valor adicional al del seguro equivalente a \$ 3 millones.

Con el fin de cubrir las primeras necesidades de la familia sus beneficiarios recibirán como pago único un Bono Canasta por 2 Salarios Mínimos legales Mensuales Vigentes (SMLMV).



## Incapacidad total y permanente

Protección en caso de accidente o enfermedad que genere lesiones o alteraciones funcionales incurables que impidan al asegurado desarrollar cualquier actividad remunerada de por vida.

En este caso el asegurado recibirá adicionalmente un valor adicional para cubrir las necesidades básicas de la familia en calidad de Bono Canasta, como pago único y equivalente a 2 Salarios Mínimos legales Mensuales Vigentes (SMLMV).



## Pérdidas físicas y funcionales

El asegurado recibirá una indemnización en caso de desmembración por accidente.





## Muerte accidental

En caso de muerte accidental, sus beneficiarios recibirán una indemnización por amparo básico y la suma adicional contratada en este anexo.



## Enfermedades graves

El asegurado recibirá como anticipo el 50% del valor asegurado de la cobertura básica de vida en caso de ser diagnosticado de:

- Infarto del miocardio
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Insuficiencia renal crónica

O el tratamiento médico de:

- Cirugía de revascularización miocárdica
- Trasplante de órganos vitales.

## Vigencia

Educadores Plus es un seguro de vida con vigencia anual y con cobertura ininterrumpida mientras se realice el correspondiente pago y el cliente no solicite la cancelación del contrato.

## Grupo asegurable

Grupo de personas del sector público o privado que dependan del Ministerio de Educación.



## Asegurados

El docente o empleado (Asegurado Principal) puede contratar las coberturas:

- Básica de vida, bono canasta y últimos gastos.
- Indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración.
- Incapacidad total y permanente.
- Enfermedades graves como anticipo.
- Renta diaria por hospitalización.
- Renta diaria por incapacidad post hospitalaria.
- Se puede asegurar al cónyuge o compañero permanente en el mismo monto asegurado y las mismas coberturas del asegurado principal.
- Se pueden asegurar los hijos del asegurado principal por últimos gastos.



## Cobertura para hijos

- Los hijos se aseguran únicamente por la cobertura de últimos gastos con un valor asegurado de \$5 millones en caso de fallecimiento.
- La edad mínima de ingreso es (1) año cumplido, máxima de ingreso son los veinte años (20) cumplidos y la máxima de permanencia los veinticinco (25) años de edad.
- El beneficiario de esta cobertura es el asegurado principal.

## Edades

- La edad máxima de ingreso es 60 años. La edad de permanencia es indefinida para el asegurado principal siempre y cuando siga perteneciendo al grupo asegurable y realice el pago de las primas.
- Para incapacidad total y permanente la edad máxima de ingreso es 59 años y de permanencia 60 años.
- Para indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración la edad máxima de ingreso es de 59 años y de permanencia 65 años de edad.
- Para enfermedades graves la edad máxima de ingreso es 55 años y de permanencia 65 años.
- Para renta diaria por hospitalización y para renta diaria por incapacidad post hospitalaria la edad máxima de ingreso es 60 años y de permanencia los 65 años de edad.

Nota: Los anexos de incapacidad total y permanente y de indemnización por muerte accidental con beneficios por desmembración, operan para el asegurado principal y su cónyuge, hasta el momento en que el asegurado principal salga a disfrutar de su jubilación.



## **DIRECTORIO INTERMEDIARIOS**

# DIRECTORIO INTERMEDIARIOS

| ciudad        | razón social                                   | dirección                                                        |
|---------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Anserma       | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 5 No. 7 - 01 Esquina (Punto de Información)              |
| Apartadó      | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Calle 100F No. 106 - 146, Barrio Ortíz                           |
| Arauca        | MM CONSULTORES DE SEGUROS                      | Calle 21 No.19-50 Centro Servirecaduos                           |
| Armenia       | ARENAS Y ARENAS & CIA LTDA                     | Calle 21 No 13 - 51 oficina 503 Edificio Valorización            |
| Barranquilla  | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 53 No. 68 B -57, Centro Comercial Gran Centro, Local 207 |
| Bogotá, D.C.  | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 10 No. 16-39, Torre Seguros Bolívar, Oficina. 905        |
| Bucaramanga   | OLARTE LUNAASESORES DE SEGUROS Y CIA. LTDA.    | Edificio Surabic Bucaramanga                                     |
| Bucaramanga   | CRUZ VILLEGAS Y CIA. LTDA                      | Oficina 407 Medellín (Antioquia)                                 |
| Cali          | QUINTERO Y ASOCIADOS Y CIA LTDA                | Avenida 5ta Norte No 17 - 76                                     |
| Cartagena     | HACHE ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA           | Centro Plaza de la Aduana Edificio Andian, Of 602                |
| Cucuta        | ROJAS Y RINCÓN CÍA. LTDA. ASESORES DE SEGUROS  | Calle 11 No.2E- 75 Hotel Casino Internacional Interior 46        |
| Florencia     | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Calle 13 No. 11 - 48                                             |
| Ibagué        | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Calle 10 No. 3 - 76                                              |
| La Dorada     | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 6 No. 11 - 72                                            |
| Manizales     | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 23 No. 74 - 06, Casa Matriz                              |
| Manizales     | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Cra 22 No. 20 - 43, Edificio Seguros Bolívar, Local 7B           |
| Medellín      | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Calle 52 No. 49 - 27, Edificio Santa Helena, Oficina 402         |
| Mocoa         | GILBERTO ARENAS Y CIA LTDA                     | CRA 5 9-66 EDIFICIO ANGELA LUCIA OF 303                          |
| Montería      | KARISEGUROS ASESORES DE SEGUROS Y CIA. LTDA.   | Carrera 6 No. 27-57 Edificio RSK                                 |
| Neiva         | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 5 No. 9 - 53, Oficina 107                                |
| Pereira       | GILBERTO ARENAS & CIA LTDA                     | Carrera 6 No 18 - 86 Oficiara 602 - Centro Comercial Plazuela    |
| Popayán       | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Calle 4 No. 7-32, Edificio de los Ingenieros, Oficina 202        |
| San Andrés    | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Edificio Hansa Reef, Local 7A                                    |
| Pasto         | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Cra. 24 No. 17 - 75                                              |
| Santa Marta   | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 4 No. 23B - 40, Torre Empresarial 424, Oficina 503       |
| Sincelejo     | JUDITH PONNEFZ Y CÍA. LTDA                     | Carrera 16 No. 22-70 Centro                                      |
| Tunja         | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Calle 20 No. 10 - 36, Oficina 306                                |
| Valledupar    | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 14 No. 13C - 60, Edificio Agora, Oficina 304             |
| Villavicencio | Ayala y Guzman cia ltda asesores de seguros    | carrera 33a # 40-50, oficina 403 edificio office center          |
| Villavicencio | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Calle 41 No. 33 - 11, Edificio Don José                          |
| Yopal         | TORRES GUARIN Y CIA ASESORES DE SEGUROS        | Carrera 20 No. 6-59, Edificio Comité de Ganaderos, Oficina 304   |
| Riohacha      | TORRES GUARÍN Y CIA. LTDA. ASESORES DE SEGUROS | Calle 2 No. 9-74                                                 |



| Telefono Fijo                | Movil afencia              | Correo electronico                                               |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 8531018                      | 3148816178                 | anserma@torresguarin.com.co                                      |
| 8283233                      | 3176547960                 | apartado@torresguarin.com.co                                     |
| 8855809                      | 3162592354                 | Oficinaarauca@mmconsultores.co; gerenciageneral@mmconsultores.co |
| 7447985                      | 3113441143                 | cmilena.arbelaez@yahoo.es                                        |
| 3602154-3606137-3564495      | 3174005819                 | barranquilla1@torresguarin.com.co                                |
| 2865758 - 3418174 - 3418381  | 3154840328                 | bogota@torresguarin.com.co                                       |
| (57) (7) 642 1550 - 642 8200 | 315 677 3327 -315 3722594  | olarte.luna@hotmail.com recepcion.bucaramanga@hotmail.com        |
| 6421550 - 642 8200           | 315 677 3327 – 310 5323518 | cruzvillegascv@une.net.co                                        |
| 6604571                      | 3104233351                 | comercial@quinteroasociados.com                                  |
| 5602773                      | 5105330232                 | adm7hasesores@gmail.com                                          |
| 5710068                      | 310 618 4805 – 310 6666114 | lady@rojasyrincon.com.co- nayiberincon@rojasyrincon.com.co       |
| 4351205                      | 3188280032                 | florencia@torresguarin.com.co                                    |
| 2631940 - 2621908            | 3164823601                 | ibague@torresguarin.com.co                                       |
| 8570168                      | 3173650171                 | dorada1@torresguarin.com.co                                      |
| 8865353                      |                            | director.tecnico@torresguarin.com.co                             |
| 8865353                      | 3176580395                 | manizales@torresguarin.com.co                                    |
| 2316361                      | 3152684515                 | medellin@torresguarin.com.co                                     |
| (57) (8) 4205204             |                            | mtochoa@gilbertoarenas.com                                       |
| 782 2856 - 782 6830          | 3176547939                 | info@kariseguros.com pagina web: www.kariseguros.com             |
| 8715458                      | 3176547929                 | neiva@torresguarin.com.co                                        |
| 3244311                      | 3168345114                 | garenas@gilbertoarenas.com                                       |
| 8241615 - 8383660            | 3176547971                 | popayan@torresguarin.com.co                                      |
| 5128784                      | 3182064672                 | sanandres@torreguarin.com.co                                     |
| 7230760                      | 3164823596                 | pasto@torresguarin.com.co                                        |
| 4317685                      | 3152683894                 | santamarta@torresguarin.com.co                                   |
| 282 3409 - 281 2031          | 315 630 3445               | erika_arrazola@hotmail.com                                       |
| 7424631                      | 3176547948                 | tunja@torresguarin.com.co                                        |
| 5601966- 5712158             | 3152683903                 | valledupar@torresguarin.com.co                                   |
| 6628455-6727126              | 3143348456-3158768587      | contacto@ayalayguzmanseguros.co                                  |
| 6622777                      | 3178547961                 | villavicencio1@torresguarin.com.co                               |
| 6354630                      | 3173650175                 | yopal@torresguarin.com.co                                        |
| 728 2803                     |                            | riohacha@torresguarin.com.co                                     |



| AMPARO CONTRATADO                                                            |  | SI                    | NO                    |
|------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Básico de Vida                                                               |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amparo de Últimos Gastos (para hijos)                                        |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Indemnización Adicional por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incapacidad Total y Permanente                                               |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades Graves                                                          |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Renta Diaria por Hospitalización                                             |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Renta Diaria por Incapacidad Post Hospitalaria                               |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**EDUCADORES PLUS**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO**  
**09/02/2015-1407-P-34-GR-000000000108**

**CONDICIONES GENERALES**

Compañía de Seguros Bolívar S.A., que en el presente contrato se denominará LA ASEGURADORA, en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL TOMADOR y las solicitudes individuales de los asegurados, las declaraciones de asegurabilidad y los certificados médicos los cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada al recibo de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

**PRIMERA. -AMPARO BÁSICO.**

LA ASEGURADORA CUBRE, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL RIESGO DE MUERTE DE LOS ASEGURADOS.

**SEGUNDA. -EXCLUSIONES.**

PARA LA PRESENTE PÓLIZA SE OTORGA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA SIN EXCLUSIONES.

**TERCERA. -DEFINICIONES.**

**3.1. EL TOMADOR.**

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número

determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

**3.2. GRUPO ASEGURABLE.**

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con una persona natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

Para la presente póliza se consideran dentro del grupo asegurable el cónyuge y/o compañero(a) permanente y los hijos del ASEGURADO principal menores de veinticinco (25) años, para estos últimos, solo serán asegurables bajo el anexo de Últimos Gastos.

**3.3. ASEGURADO.**

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y cuya vida se asegura por parte de LA ASEGURADORA, en virtud del presente contrato.

**3.4. BENEFICIARIO.**

Es la persona designada por el ASEGURADO para recibir los





beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro y a falta de designación se aplicarán las normas legales sobre la materia.

#### **CUARTA. - VIGENCIA.**

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor en la fecha prevista en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la primera prima, con independencia de la periodicidad de pago señalada en la póliza, y el documento no haya sido rechazada por LA ASEGURADORA por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

#### **QUINTA. - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y EDAD DE PERMANENCIA.**

##### **5.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.**

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere esta póliza si cumple con los siguientes requisitos:

Tener mínimo 18 años. Este límite de edad no es aplicable para el amparo de Últimos Gastos para los hijos del ASEGURADO.

No ser mayor de sesenta (60) años.

##### **5.2. EDAD DE PERMANENCIA.**

La edad de permanencia es indefinida en el amparo básico de vida tanto para el ASEGURADO principal como para su cónyuge, conforme las condiciones del

presente contrato, siempre y cuando el ASEGURADO principal siga perteneciendo al Grupo Asegurable y se realice el correspondiente pago de la prima.

#### **SEXTA. - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.**

LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo ASEGURADO se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el o los seguros.

#### **SÉPTIMA. - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.**

**7.1.** LA ASEGURADORA reconocerá como valor del Seguro de cada persona asegurada, aquel valor registrado en la respectiva Solicitud-Certificado de seguro, vigente en el momento de presentarse el siniestro.

**7.2.** Por el fallecimiento del ASEGURADO principal o del cónyuge ASEGURADO, se otorga un amparo para Últimos Gastos por un valor asegurado de tres millones de pesos (\$3.000.000), el cual se reconocerá a los beneficiarios junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella.

**7.3.** Por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente, si



este amparo ha sido contratado, se otorga un Bono Canasta equivalente a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (2 SMLMV), suma única que se reconocerá con el pago de la indemnización en las proporciones que corresponda.

#### **OCTAVA. - AMPARO DE ÚLTIMOS GASTOS PARA HIJOS.**

Siempre y cuando este amparo sea contratado y se realice el pago de la prima correspondiente, con el fin de cubrir los Últimos Gastos en caso de fallecimiento del Hijo Asegurado que aparezca relacionado en la Solicitud-Certificado, LA ASEGURADORA reconocerá un valor asegurado de cinco millones de pesos (\$5.000.000) siendo el único beneficiario del amparo el ASEGURADO Principal.

#### **NOVENA. - CÁLCULO DE LA PRIMA.**

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada ASEGURADO, su estado de salud, el valor asegurado individual a la fecha de aseguramiento individual y en cada renovación, aplicando la tarifa correspondiente a la nota técnica de esta póliza.

#### **DÉCIMA. - PAGO DE PRIMAS.**

El TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al TOMADOR un periodo de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud-Certificado de esta póliza para el

pago de cuotas en forma anual, semestral o trimestral, y de quince (15) días cuando las primas sean pagaderas mensualmente.

La presente Póliza de Vida Grupo es de carácter contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, por lo tanto, le corresponde al ASEGURADO proveer los recursos necesarios para que el TOMADOR efectúe el pago de la prima a LAASEGURADORA.

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

#### **DÉCIMA PRIMERA. - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.**

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0,52; 0,265 y 0,0916 respectivamente.

#### **DÉCIMA SEGUNDA. - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.**

Si EL TOMADOR da aviso por escrito a LA ASEGURADORA para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por LA ASEGURADORA o en la fecha especificada por EL TOMADOR para tal terminación, la



que ocurra más tarde, y EL TOMADOR será responsable de pagar a LA ASEGURADORA todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata que comprende desde el período de gracia y hasta la fecha de tal revocación. El ASEGURADO podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

Durante la vigencia de la póliza no es revocable por LA ASEGURADORA el amparo básico de Vida al que hace referencia esta póliza.

Sin embargo, en cualquier momento LA ASEGURADORA podrá revocar cualquiera de los anexos contratados por EL ASEGURADO, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

#### **DÉCIMA TERCERA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.**

Por tratarse de un contrato que se basa en la Buena Fe de las partes, EL TOMADOR y EL ASEGURADO están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por LA ASEGURADORA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA ASEGURADORA, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o

inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

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

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

**PARÁGRAFO:** LA ASEGURADORA tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el TOMADOR o el ASEGURADO hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

#### **DÉCIMA CUARTA. - IRREDUCTIBILIDAD.**

Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la



declaración de asegurabilidad.

#### **DÉCIMA QUINTA. - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.**

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

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el ASEGURADO, por escrito, solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del TOMADOR o del ASEGURADO.
- e) En el seguro del cónyuge o cualquier ASEGURADO dependiente, al fallecimiento del ASEGURADO principal o cuando éste se retire del grupo asegurado.
- f) Cuando LA ASEGURADORA pague la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.
- g) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurable no se encuentre constituido por más de un ASEGURADO.
- h) En el amparo de Últimos Gastos de Hijos asegurados a la renovación del contrato cuando cumplan 25 años de edad.

#### **DÉCIMA SEXTA. - COBERTURA ININTERRUMPIDA.**

Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del ASEGURADO y los beneficios adquiridos mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente, actualizando el valor asegurado y la prima de seguro al vencimiento de cada anualidad conforme a las condiciones SÉPTIMA.- VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES y NOVENA.- CÁLCULO DE LA PRIMA, salvo que se presente alguno de los siguientes supuestos y no opere alguna causal de terminación prevista en esta póliza:

- 16.1. EL ASEGURADO o el TOMADOR manifiesten, su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento.
- 16.2. EL ASEGURADO el TOMADOR manifiesten a la ASEGURADORA, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se renueve por un nuevo año.
- 16.3. LA ASEGURADORA manifieste al TOMADOR con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.

#### **DÉCIMA SÉPTIMA. - CONVERTIBILIDAD.**

Los Asegurados menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un



año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite LA ASEGURADORA, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo. El seguro individual se emitirá conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el ASEGURADO a la fecha de la solicitud.

Si la cobertura individual de un ASEGURADO se incluyó en la póliza como riesgo subnormal, se expedirá el Seguro de Vida Individual con la extraprima que corresponda a dicho producto.

#### **DÉCIMA OCTAVA. - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.**

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

- a)** Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA ASEGURADORA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- b)** Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde

relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y

- c)** Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) del presente numeral.

#### **DÉCIMA NOVENA. - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.**

La Solicitud-Certificado hace las veces de Certificado Individual de Seguro en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de LA ASEGURADORA, el ASEGURADO deberá diligenciar una solicitud de Modificación-Certificado, que actualiza, complementa y hace parte integral de la Solicitud-Certificado inicial.

#### **VIGÉSIMA. - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.**

Los beneficiarios serán libremente designados por EL ASEGURADO quien los podrá cambiar en cualquier momento.

Cuando ocurraaaga ineficaz o quede sin efecto por cu el fallecimiento del ASEGURADO sin que haya designado beneficiario, o la designación se halquier causa, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el ASEGURADO o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge o compañero(a) permanente del



ASEGURADO en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad.

#### **VIGÉSIMA PRIMERA. - RECLAMACIÓN.**

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o cualquiera de los anexos, el beneficiario o EL ASEGURADO, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El ASEGURADO o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

El TOMADOR o beneficiario, a petición de LA ASEGURADORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

#### **VIGÉSIMA SEGUNDA. - AVISO DE SINIESTRO.**

En caso de muerte de cualquiera de los ASEGURADOS, el TOMADOR o el beneficiario deberá dar aviso a LA ASEGURADORA dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

#### **VIGÉSIMA TERCERA. - PAGO DE SINIESTRO.**

LA ASEGURADORA pagará al ASEGURADO o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

#### **VIGÉSIMA CUARTA. - DERECHO DE INSPECCIÓN.**

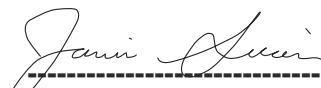
LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del TOMADOR que se refieran al manejo de esta Póliza.

#### **VIGÉSIMA QUINTA. - NOTIFICACIONES.**

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

#### **VIGÉSIMA SEXTA. - DOMICILIO.**

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de LA ASEGURADORA.

  
LA ASEGURADORA





**ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL  
Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN EDUCADORES PLUS  
09/02/2015-1407-A-34-GR-0000000000109**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y EL TOMADOR y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

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

**PRIMERA.-AMPARO**

SI DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA PRODUCE UNA LESIÓN QUE CAUSE LA MUERTE O DESMEMBRACIÓN DEL ASEGURADO, LA ASEGURADORA PAGARÁ, PREVIA COMPROBACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, COMO INDEMNIZACIÓN ADICIONAL, AL MONTO DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA DE LA PÓLIZA, EL VALOR PACTADO PARA ESTE ANEXO.

**SEGUNDA.-EXCLUSIONES DEL ANEXO.**

ESTE ANEXO NO CUBRE LA MUERTE, LESIÓN O PÉRDIDA QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- a) HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- b) MUERTE, LESIÓN O PÉRDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPUNZANTE.
- c) SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- d) LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- e) PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
- f) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- g) ACCIDENTES EN QUE EL ASEGURADO, QUE SEA MENOR DE 25 AÑOS, SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR.





- (KARTS).
- h) INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMAS E INFECCIONES BACTERIALES, EXCEPTO LA QUE SE PRESENTE POR LESIÓN SUFRIDA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LAPÓLIZA.
  - i) TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
  - j) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
  - k) FISIÓN NUCLEAR Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
  - l) ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HEROICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
  - m) INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
  - n) ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, O INFECCIONES BACTERIALES DISTINTAS DE LAS CONTRAÍDAS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
  - o) LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO Y FIEBRE AMARILLA.
  - p) LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.
  - q) PERSONAS QUE SEAN MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS.
  - r) PROCESOS DE EXTRACCIÓN O DE CONSTRUCCIÓN EFECTUADOS BAJO TIERRA O SOBRE/BAJO AGUA.
  - s) INDUSTRIAS QUÍMICAS U OTRAS INDUSTRIAS EN DONDE SE UTILICEN O FABRIQUEN SUSTANCIAS TÓXICAS O EXPLOSIVAS.
  - t) GRUPO DE PERSONAS EXPUESTAS A ACUMULACIÓN DE



RIESGOS POR AVIACIÓN COMO PERSONAL DE EMPRESAS DE AERONAVEGACIÓN, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN DE AERONAVES PROPIEDAD DE LA EMPRESA TOMADORA O AL SERVICIO DE ÉSTA. Y VIAJES AÉREOS COLECTIVOS EN QUE PARTICIPEN VARIAS PERSONAS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.

### TERCERA.- DEFINICIONES.

#### 3.1. ACCIDENTE

Para los efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca la muerte o una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones y que se manifieste dentro de los noventa (90) días siguientes a su ocurrencia. No se consideran accidentes aquellos hechos enumerados en la condición segunda de este anexo, que hace referencia a las exclusiones.

#### CUARTA.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada ASEGURADO del grupo individualmente

considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

#### QUINTA.- TABLA DE INDEMNIZACIONES.

LA ASEGURADORA pagará la Indemnización estipulada en este anexo, al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

- Muerte accidental .....La suma principal
- Pérdida de ambas manos o ambos pies.....La suma principal
- Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos.....La suma principal
- Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo.....La suma principal
- Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo.....50% de la suma principal

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de



la visión.

En caso de reclamación por alguno de los eventos descritos en la tabla de Indemnizaciones se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si un accidente produce la muerte accidental y al mismo tiempo una desmembración solo se pagará la suma asegurada principal.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo de desmembración se descontará del pago a que haya a lugar por el amparo de Muerte Accidental o por el anexo de Incapacidad Total y Permanente (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

#### **SEXTA. - EXÁMENES MÉDICOS.**

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

#### **SÉPTIMA. - CONVERTIBILIDAD.**

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

#### **OCTAVA. - REVOCACIÓN.**

Este anexo podrá ser revocado:

- 8.1. Cuando EL TOMADOR o EL ASEGURADO expresamente lo

manifiesten por escrito en cualquier momento.

- 8.2. Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio,

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

#### **NOVENA.- TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.**

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

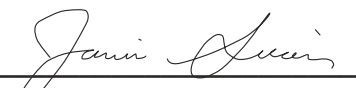
- 9.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 9.2. El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
- 9.3. El pago al ASEGURADO de la

SEGUROS  
**BOLÍVAR**



Indemnización del valor asegurado  
del anexo de Incapacidad Total y  
Permanente si fuera contratado.

- 9.4.** Por cualquier causa de terminación  
del seguro principal.

  
**LA ASEGURADORA**



**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE  
EDUCADORES PLUS  
09/02/2015-1407-A-34-GR-0000000000110**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y EL TOMADOR y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

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

**PRIMERA. – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE

AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

**SEGUNDA.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.**

Es el valor contratado para cada ASEGURADO del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo.

**TERCERA. - PÉRDIDA.**

Para efectos del presente anexo, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

**PARÁGRAFO:**

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una



vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato de seguro.

- b)** Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

#### **CUARTA.- RECLAMACIONES**

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al ASEGURADO.

En el evento de que el asegurado no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por la ASEGURADORA, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de Vida.

#### **QUINTA.- EXAMENES MÉDICOS.**

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

#### **SEXTA.- CONVERTIBILIDAD.**

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

#### **SÉPTIMA.- REVOCACIÓN.**

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1.** Cuando EL TOMADOR y ASEGURADO expresamente lo manifieste por

escrito.

- 7.2.** Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

#### **OCTAVA.- TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.**

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta (60) años de edad.
- 8.2.** El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y

SEGUROS  
**BOLÍVAR**



- de los demás anexos y
- 8.3.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Janin Acuña", written over a horizontal dashed line.

**LA ASEGURADORA**





**ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO  
DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA  
EDUCADORES PLUS**

**09/02/2015-1407-A-34-GR-0000000000111**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y el Tomador y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

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

**PRIMERA. -AMPAROS.**

LA ASEGURADORA, EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO, PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR ESTIPULADO EN LA CONDICIÓN CUARTA, ÚNICAMENTE CUANDO ÉSTE ACREDITE EL DIAGNÓSTICO DE:

- 1.1.** INFARTO DEL MIOCARDIO
- 1.2.** CÁNCER
- 1.3.** ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- 1.4.** INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

O EL TRATAMIENTO MÉDICO DE:

- 1.5.** CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA
- 1.6.** TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.

LOS CUALES DEBERÁN MANIFESTARSE O SER DIAGNOSTICADOS POR PRIMERA VEZ POR UN MÉDICO Y CONFIRMADOS POR EVIDENCIAS CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS ACEPTABLES, DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DEL ANEXO.

**SEGUNDA. – EXCLUSIONES DEL ANEXO.**

LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS EVENTOS PRODUCIDOS EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIALMENTE POR:

- a)** ENFERMEDAD O INVALIDEZ DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- b)** TUMORES DEBIDOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).
- c)** CARCINOMAS IN SITU, CÁNCERES NO INVASIVOS O LESIONES PREMALIGNAS.
- d)** MELANOMAS DE PIEL ESTADIOS 1A SEGÚN LA CLASIFICACIÓN AJCC DE 2002. CARCINOMAS DE CÉLULAS BASALES DE LA PIEL, CARCINOMAS DE CÉLULAS



- ESCAMOSAS DE LA PIEL SIN EVIDENCIA DE METÁSTASIS.
- e) CÁNCER DE CERVIX UTERINO, CÁNCER DE PRÓSTATA TEMPRANO ESTADIOS T1 (T1A O T1B) INCLUYENDO CLASIFICACIONES EQUIVALENTES.
  - f) ALTERACIÓN CONGÉNITA.
  - g) LESIÓN CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE.
  - h) ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL, SUSTANCIAS TÓXICAS O ALUCINÓGENAS.
  - i) ANGIOPLASTIA, COLOCACIÓN DE STENT Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL EN AUSENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ASÍ COMO, EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA.
  - j) LOS EPISODIOS DE ANGINA INESTABLE O LA SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO QUE NO SE DEMOSTRABLE.
  - k) EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL O HEMORRAGIA INTRACRANEAL PRODUCTO DE TRAUMATISMO EXTERNO, ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT).
  - l) LAS DIÁLISIS TEMPORALES Y LOS CUADROS DE INSUFICIENCIA RENAL NO TERMINAL QUE NO

REQUIERAN DIÁLISIS REGULAR O PERMANENTE.

### **TERCERA. - DEFINICIONES.**

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

#### **3.1 INFARTO DEL MIOCARDIO**

Primer evento de Infarto Agudo de Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe basarse en:

- a) Historia de dolor torácico típico.
- b) Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- c) Elevación significativa de las enzimas cardíacas Creatinina Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatinina Fosfoquinasa en más del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo de Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación significativa en las enzimas cardíacas, conforme a lo definido en el numeral anterior, literal c. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del segmento ST del



Electrocardiograma, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardíacas conforme a lo descrito en el numeral anterior, los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo de Miocardio reciente.

En caso de duda en el diagnóstico LA ASEGURADORA puede, a su costa, realizar al ASEGURADO nuevos estudios de Ecocardiografía y de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto.

### 3.2 CÁNCER

Enfermedad manifestada por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y su invasión a otros tejidos. El término cáncer también incluye:

- 3.2.1. Las leucemias en sus diversos subtipos.
- 3.2.2. Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a I.
- 3.2.3. Cáncer de piel por melanomas malignos en estadios avanzados

(clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.

- 3.2.4. El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir, que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte histopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.
- 3.2.5. El cáncer de seno cuando este se considere invasivo por hallazgos histopatológicos.

### 3.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de veinticuatro (24) horas y que persista no menos de tres (3) meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

### 3.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Estado de falla renal terminal debido



a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.

### **3.5 CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.**

Intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias, mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios, realizados por técnica de tórax abierto o cirugía mínimamente invasiva de tórax tipo toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo, según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico, deberán estar a disposición de LA ASEGURADORA.

### **3.6 TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.**

En caso de existir indicación médica de trasplante, en calidad de receptor, de alguno de los siguientes órganos

vitales: Corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea y ser candidato para la realización inmediata del mismo, LA ASEGURADORA podrá, previa solicitud del ASEGURADO / BENEFICIARIO, desembolsar a la Institución de Salud indicada el valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves para el cubrimiento del trasplante, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 3.6.1.** Que la indicación del trasplante sea certificada por un grupo médico especializado en la materia. La información y la historia médica deberán estar a disposición de LA ASEGURADORA.
- 3.6.2.** Que el procedimiento sea realizado en una institución acreditada y aprobada para realizar este tipo de procedimientos y cuente con el grupo médico y la tecnología necesaria.
- 3.6.3.** Que el ASEGURADO autorice por escrito y de manera libre y espontánea a LA ASEGURADORA a realizar el desembolso del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, directamente a la institución de salud que realizará el trasplante.



Si existiera algún excedente del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, una vez realizado el pago a la Institución de Salud que el ASEGURADO indicó, dicho excedente será pagado al ASEGURADO. El pago realizado por LA ASEGURADORA no implica responsabilidad por gastos médicos y/o quirúrgicos que excedan el valor ASEGURADO alcanzado en el presente anexo, ni implica responsabilidad respecto de los resultados médicos del procedimiento.

#### **CUARTA. - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.**

La suma que LA ASEGURADORA pagará por concepto del presente anexo en caso de enfermedad grave, será del 50 % del valor asegurado correspondiente al amparo de Vida alcanzado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

#### **PARAGRAFO.**

La indemnización por enfermedad grave es excluyente con el pago del anexo de incapacidad total y permanente, si hubiere sido contratado y no es acumulable a la indemnización por el amparo básico de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente anexo, dicha suma será deducida del valor a indemnizar por el amparo básico de vida o del anexo de incapacidad total y permanente, en el caso de haber sido contratado.

En consecuencia, el valor asegurado para el

amparo básico de vida se reducirá en la misma proporción que existe entre el valor indemnizado por concepto del anexo de enfermedades graves y el valor asegurado restante del amparo básico de vida, con la consecuente disminución de las primas a pagar.

#### **QUINTA.- LÍMITE DEL BENEFICIO.**

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la cláusula tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas, habiendo transcurrido por lo menos tres meses desde la iniciación de la vigencia del presente anexo.

#### **SEXTA.- RECLAMACIONES.**

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al ASEGURADO.

En el evento de que el ASEGURADO no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por LA ASEGURADORA, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de Vida.

#### **SÉPTIMA.- EXÁMENES MÉDICOS.**

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.



#### **OCTAVA.- CONVERTIBILIDAD.**

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

#### **NOVENA. - REVOCACIÓN.**

Este anexo podrá ser revocado:

- 9.1.** Cuando EL TOMADOR y/o EL ASEGURADO expresamente lo manifiesten por escrito.
- 9.2.** Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

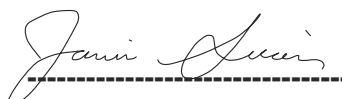
LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

#### **DÉCIMA. – TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.**

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 10.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad,
- 10.2.** El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
- 10.3.** El pago al ASEGURADO de la Indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado
- 10.4.** Por cualquier causal de terminación del seguro principal.

  
LA ASEGURADORA



**ANEXO DE RENTA DIARIA EDUCADORES PLUS**  
**09/02/2015-1407-A-34-GR-0000000000103**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y el TOMADOR y/o ASEGURADO, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo EDUCADORES PLUS arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones.

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

**PRIMERA. -AMPAROS.**

**1.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.**

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, OCURRIDO EN TERRITORIO COLOMBIANO, NO PREEXISTENTE EN EL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO, EL ASEGURADO DEBA SER HOSPITALIZADO, LA ASEGURADORA LE GARANTIZARÁ EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA TABLA DE COBERTURAS, EN CALIDAD DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA Y HASTA EL DÍA TREINTA (30), CON UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS AL AÑO. EL NÚMERO DE DÍAS DE COBERTURA SE IRÁ DISMINUYENDO DE

ACUERDO CON LOS PAGOS DE LAS INDEMNIZACIONES Y SE RESTABLECERÁ ÚNICAMENTE EN CADA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA. NO ES OBJETO DE COBERTURA LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

**1.2. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD POST HOSPITALARIA.**

SI AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA HOSPITALIZACIÓN, AL ASEGURADO LE ES ORDENADO UN PERÍODO DE INCAPACIDAD ADICIONAL QUE LE DE CONTINUIDAD A LA HOSPITALIZACIÓN Y/O SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE LA MISMA, SE LE RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA TABLA DE COBERTURAS POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD QUE LE SEA CONCEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD, SIN SOBREPASAR UN MÁXIMO DE SEIS (6) DÍAS POR EVENTO Y POR ANUALIDAD.

LA SUMA ASEGURADA SE RESTABLECERÁ EN CADA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, BAJO LAS MISMAS CONDICIONES DE LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.





**SEGUNDA. – EXCLUSIONES DEL ANEXO.**

Este anexo no cubre la renta diaria por hospitalización o por incapacidad post hospitalaria ocasionada como consecuencia de:

- a) CUALQUIER TRATAMIENTO DE CARÁCTER ESTÉTICO O CIRUGÍA PLÁSTICA O RECONSTRUCTIVA SIEMPRE Y CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OBJETO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS.
- b) TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, FECUNDACIÓN IN VITRO, FERTILIZACIÓN, PRUEBAS GENÉTICAS, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ANTICONCEPCIÓN, IMPOTENCIA, FRIGIDEZ, TRATAMIENTOS POR MAL FUNCIONAMIENTO SEXUAL, CAMBIO DE SEXO PARCIAL O TOTAL Y TRATAMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN O SU REVERSIÓN.
- c) TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS DERIVADOS O QUE SE RELACIONEN DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y QUE NO SE HAYA DESARROLLADO SIDA.
- d) ENFERMEDADES CONGÉNITAS O PADECIDAS ANTES DEL INGRESO A LA PÓLIZA.
- e) SECUELAS (ENFERMEDADES O LESIONES) DE ACCIDENTES OCURRIDOS ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- f) ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA.
- g) EVENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- h) ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- i) HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO COMO CONSECUENCIA DE CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TIFÓN, HURACÁN, CICLÓN, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, TERREMOTO, FUEGO SUBTERRÁNEO O INUNDACIÓN.
- j) TRATAMIENTOS MÉDICOS POR PROBLEMAS DE DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO, TRASTORNOS O ALTERACIONES PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS.



- k) HOSPITALIZACIÓN POR TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- l) TRATAMIENTOS PARA ADELGAZAR.
- m) CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN QUE TENGA ORIGEN O SEA CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMPROBADA DEL ASEGURADO EN UNA ACTIVIDAD DELICTIVA.
- n) HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL CASO DEL AMPARO DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

#### **TERCERA. - PERÍODOS DE CARENCIA.**

LA ASEGURADORA reconocerá la renta diaria por la hospitalización o la incapacidad posthospitalaria derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertas por la póliza, no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del ASEGURADO en este anexo:

- a) Enfermedad coronaria
- b) Cálculos biliares (en la vesícula)
- c) Cálculos urinarios o renales
- d) Cistocele o Rectocele
- e) Hernias de cualquier tipo
- f) Miomatosis uterina (miomas)
- g) Várices
- h) SIDA.

#### **CUARTA. - DEFINICIONES.**

##### **4.1. ACCIDENTE.**

Para efectos del presente anexo, se

entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca una lesión corporal.

##### **4.2. ASEGURADO.**

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura en el presente anexo.

##### **4.3. ASEGURADO PRINCIPAL.**

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y que tiene con el TOMADOR un vínculo distinto al de la contratación del seguro.

##### **4.4. ENFERMEDAD.**

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

##### **4.5. HOSPITALIZACIÓN.**

Es el ingreso del ASEGURADO a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas.

##### **4.6. INDEMNIZACIÓN.**

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar la ASEGURADORA, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de



seguro.

#### **QUINTA. - SUMA ASEGURADA.**

Es el valor contratado para cada ASEGURADO del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente y para cada uno de los amparos del presente anexo.

#### **SEXTA - RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.**

En caso de que la póliza y/o este anexo no sea renovado a la fecha de la terminación de su vigencia y, el ASEGURADO se encuentre hospitalizado por un evento médico amparado por este seguro, LA ASEGURADORA sólo será responsable de cubrir la renta diaria por hospitalización definida en la condición primera, generada por la hospitalización en curso y hasta la fecha de terminación del contrato vigente; por lo tanto, las rentas diarias por hospitalización que se causen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato, no estarán cubiertas aunque se deriven de una enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

#### **SÉPTIMA. - SUBROGACIÓN.**

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el TOMADOR o ASEGURADO principal cede a LA ASEGURADORA los derechos, acciones y privilegios que tendría contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare

obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de la renta diaria por hospitalización al ASEGURADO, faculta automáticamente a LA ASEGURADORA para reclamar al tercero el monto de lo pagado.

Para este fin, el ASEGURADO se compromete a entregar a LA ASEGURADORA las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

#### **OCTAVA. - NOTIFICACIONES.**

Salvo el aviso del evento médico, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

#### **NOVENA. - RECLAMACIONES.**

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en el presente anexo, el ASEGURADO deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del evento médico y su cuantía.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo



crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

El ASEGURADO autoriza a LA ASEGURADORA a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite LA ASEGURADORA relacionada con la reclamación.

El ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente del presente anexo cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella, se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

#### **DÉCIMA. - CONVERTIBILIDAD.**

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

#### **DÉCIMA PRIMERA. - REVOCACIÓN.**

Este anexo podrá ser revocado:

- 11.1.** Cuando el TOMADOR y/o ASEGURADO expresamente lo manifiesten por escrito.
- 11.2.** Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la

fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

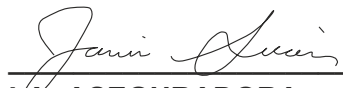
LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

#### **DÉCIMA SEGUNDA. - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.**

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 12.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 12.2.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

  
LA ASEGURADORA



**ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA  
PÓLIZA EDUCADORES PLUS  
09/02/2015-1407-P-34-GR-0000000000108**

**CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.**

En virtud del presente anexo, Compañía de Seguros Bolívar S.A., a través de su proveedor Asistencia Bolívar S.A., se obliga a poner a disposición del afiliado/beneficiario el servicio de asesoría jurídica telefónica de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones y definiciones previstos en este anexo.

Se especifica que el servicio sólo tiene cobertura para residentes en el territorio colombiano y se referirá exclusivamente a cuestiones jurídicas de Derecho interno colombiano.

Los servicios se solicitarán exclusivamente a través de la RED322 a los siguientes números telefónicos: Desde cualquier lugar del país al 01 8000 123322, en Bogotá al 3 122 122, o desde Celular #322.

**CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES.**

Para el efecto del presente anexo, los siguientes términos se entenderán en el siguiente sentido:

**AFILIADO:** EL TOMADOR, ASEGURADO o beneficiario de la póliza contratada con SEGUROS BOLÍVAR S. A. la que en adelante se denominará Póliza y a la cual se adhiere el presente anexo.

**CONSULTA:** Opinión, juicio o valoración telefónica que se solicita sobre un tema

específico.

**CLÁUSULA TERCERA: SERVICIOS ESPECÍFICOS.**

El servicio de asesoría jurídica específicamente comprenderá lo siguiente:

**3.1. ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA:**

Asistencia Bolívar S.A. brindará al afiliado Asesoría Jurídica Telefónica gratuita a través de su red de proveedores, cuando el afiliado requiera los servicios de consultoría legal en materia familiar, civil y tributario.

El servicio sólo cubre consultas jurídicas que tengan relación con el desarrollo de la vida personal y familiar ordinaria. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil.

Las áreas del Derecho y los temas cubiertos son los siguientes:

Derecho de familia: Incluye todo aspecto legal relacionado con la formación de las relaciones familiares, tales como el matrimonio y



la adopción, y de la disolución de estas relaciones, tales como: divorcio, manutención de hijos menores, custodia de los hijos, visitas de hijos menores, derechos de los padres y violencia doméstica.

**Derecho civil:** Incluye todo aspecto legal relacionado con las relaciones personales o patrimoniales entre personas, tales como: contratos de arrendamiento, cobros de cánones de arrendamiento, comunidad de vecinos, propiedad horizontal y reclamación de daños.

**Derecho Tributario:** Relacionado con los ingresos y la importancia de declarar lo percibido versus lo invertido y por ende los impuestos que le competen, tales como:

Declaración de renta, impuestos, sucesiones.

### 3.1.1. Exclusiones.

**3.1.1.1** Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil.

**3.1.1.2** En ningún caso y bajo ninguna circunstancia los servicios de asesoría jurídica telefónica incluyen acompañamientos ni actuaciones en fase judicial ante juzgados o tribunales, ni incluyen adelantar procesos de cualquier clase o índole

a nombre del afiliado.

**3.1.1.3** Asistencia Bolívar S.A. no pl anteará, ni formulará, ni adelantará, ni pagará, ni se hace responsable de cualquier acción judicial que el afiliado adelante o enfrente contra cualquier persona natural o jurídica.

**3.1.1.4** Del servicio de Asesoría en Derecho Laboral se exceptúa el asesoramiento en controversias donde una de las partes sea COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. o cualquiera de las compañías vinculadas y pertenecientes al Grupo Empresarial Bolívar.

**3.1.1.5** Seguros Bolívar S.A. se libera de cualquier responsabilidad por perjuicios o daños originados en servicios de asesoría jurídica que el beneficiario haya contratado por su cuenta, sin el uso del canal oficial de solicitud del servicio, y sin el previo consentimiento de Asistencia Bolívar S.A.

## CLÁUSULA CUARTA: SOLICITUD Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

En caso de que el afiliado necesite asesoría jurídica telefónica según lo estipulado por el presente anexo, el afiliado deberá solicitar los servicios de Asistencia Bolívar S.A. a la línea de Servicio al Cliente de la RED322 a la cual se encuentra adscrito, desde cualquier lugar del país al 018000 123322, en Bogotá al 3 122 122 o desde celular #322 indicando el nombre y la cédula o NIT del afiliado y el tipo de asistencia que requiere.

El afiliado declara expresamente que conoce



y acepta estos requisitos desde el momento de suscribir o renovar este anexo.

**CLÁUSULA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.**

Asistencia Bolívar S.A. Y SEGUROS BOLÍVAR S.A. quedan eximidas de responsabilidad cuando por caso fortuito o fuerza mayor, o por decisión autónoma del afiliado o sus representantes, no puedan efectuar cualquiera de las asesorías específicamente previstas en este anexo.

Así mismo, Asistencia Bolívar S.A. queda liberada de todo compromiso cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación que no le sean imputables.

**CLÁUSULA SEXTA: AUTONOMÍA DEL ANEXO.**

Este anexo es autónomo e independiente de la Póliza expedida por Seguros Bolívar S.A. a la cual se adhiere; por lo tanto, la prestación de servicios de Asistencia Bolívar S.A. en ningún momento condiciona, limita o modifica la cobertura que el seguro ofrece, ni implica el reconocimiento de obligaciones o la aceptación de reclamos por parte de LA ASEGURADORA.

**CLÁUSULA SÉPTIMA: AUTORIZACIÓN.**

El afiliado autoriza a Asistencia Bolívar S.A., a grabar en cualquier momento las conversaciones telefónicas entre Asistencia

Bolívar S. A. y el afiliado y/o beneficiario; en consecuencia de esto la grabación tendrá valor probatorio entre las partes en lo referido a la ejecución de este anexo.

**CLÁUSULA OCTAVA: VIGENCIA.**

La vigencia del presente anexo será la misma de la Póliza.

El afiliado declara que conoce y acepta la totalidad de las estipulaciones consignadas en este anexo.

  
ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.





## DOCUMENTACIÓN BÁSICA REQUERIDA PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIONES

| DOCUMENTO                                                                                                                                                     | MUERTE<br>NATURAL | MUERTE<br>VIOLENTA<br>(Homicidio<br>suicidio o<br>accidente) | DESAPARECIMIENTO | INCAPAC.<br>TOTAL Y<br>PERMAN. | RENTA DIARIA<br>POR<br>HOSPITALIZAC<br>IÓN | RENTA DIARIA POR<br>INCAPACIDAD POST-<br>HOSPITALARIA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. Copia autentica del registro civil de defunción del asegurado.                                                                                             | X                 | X                                                            | X                |                                |                                            |                                                       |
| 2. Formulario de declaración del médico (B-706) que atendió al asegurado.                                                                                     | X                 |                                                              |                  | X                              | X                                          | X                                                     |
| 3. Formulario de declaración del reclamante (DR-02 7).                                                                                                        | X                 | X                                                            | X                |                                |                                            |                                                       |
| 4. Fotocopia autenticada de la cédula de ciudadanía del asegurado.                                                                                            | X                 | X                                                            | X                | X                              | X                                          | X                                                     |
| 5. Historia clínica completa del asegurado.                                                                                                                   | X                 |                                                              |                  | X                              | X                                          | X                                                     |
| 6. Certificación de la Fiscalía en la que se informe las circunstancias de la muerte, el delito que se investiga y la forma como fue identificado el cadáver. |                   | X                                                            |                  |                                |                                            |                                                       |
| 7. Fotocopia autenticada de la sentencia que fija la fecha presuntiva de muerte del asegurado.                                                                |                   |                                                              | X                |                                |                                            |                                                       |
| 8. Si la muerte se produjo en accidente de tránsito, croquis del accidente.                                                                                   |                   | X                                                            |                  |                                |                                            |                                                       |
| 9. Formulario de declaración del asegurado (B-117).                                                                                                           |                   |                                                              |                  | X                              | X                                          | X                                                     |
| 10. Fotocopia autenticada del registro civil de los beneficiarios menores de edad y fotocopia autenticada de las cédulas de sus representantes legales.       | X                 | X                                                            | X                |                                |                                            |                                                       |
| 11. Fotocopia autenticada de la cédula de ciudadanía de los beneficiarios.                                                                                    | X                 | X                                                            | X                |                                |                                            |                                                       |
| 12. Formulario B-114.                                                                                                                                         |                   |                                                              |                  | X                              | X                                          | X                                                     |
| 13. Formulario de uso exclusivo para el conocimiento de beneficiarios (B-121).                                                                                | X                 | X                                                            | X                |                                |                                            |                                                       |
| 14. Certificación que indique fecha de ingreso y egreso a la entidad hospitalaria                                                                             |                   |                                                              |                  |                                | X                                          |                                                       |
| 15. Copia de la incapacidad posterior a la hospitalización emitida por el medico tratante                                                                     |                   |                                                              |                  |                                |                                            | X                                                     |
| 16. Certificación de la IPS de la autorización de la hospitalización informando el número de días de hospitalización o de la incapacidad.                     |                   |                                                              |                  |                                | X                                          | X                                                     |

**NOTA:** Además de la información básica requerida, Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que sea necesario para la formalización del reclamo.





## SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO

No. Solicitud / Certificado

Póliza GR

|                                  |                                                                                                               |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Producto                         |                                                                                                               |
| Fecha de expedición (DD/MM/AAAA) | Vigencia desde (DD/MM/AAAA) A las 24 horas Vigencia hasta (DD/MM/AAAA) A las 24 horas Localidad de radicación |
| Nombre del tomador               | NIT del tomador Código intermediario                                                                          |
| Nombre plantel educativo         | NIT / Resolución plantel educativo                                                                            |
| Municipio                        | Departamento Pagaduría                                                                                        |

### Datos generales del asegurado

|                                                       |                                                 |                                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| Primer apellido                                       | Segundo apellido                                | Nombre(s)                        |
| Tipo y No. de documento                               | Sexo                                            | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) |
| C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> | M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> | Lugar de nacimiento              |
| Departamento                                          | Nacionalidad                                    | Estado civil                     |
| Correo electrónico                                    | Teléfono fijo                                   | Teléfono celular                 |
| Dirección residencia / Correspondencia                | Ciudad de residencia                            | Departamento                     |

### Actividad económica

|                                                                                                                            |                                                                        |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Profesión                                                                                                                  | Ocupación actual                                                       | Entidad empleadora |
| Cargo que desempeña                                                                                                        | Dirección del trabajo                                                  |                    |
| Ciudad                                                                                                                     | Departamento                                                           | Teléfono           |
| Periodicidad de pago de la prima                                                                                           | Forma de pago                                                          | Cód. Empleado      |
| Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> | Débito Automático <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/> |                    |

### Beneficiarios asegurado principal

| Nombre beneficiario | Parentesco | Calidad | Porcentaje % |
|---------------------|------------|---------|--------------|
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |

### Datos del cónyuge

|                                                 |                                  |                     |                                                                      |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Primer apellido                                 | Segundo apellido                 | Nombre(s)           | Tipo y No. de documento                                              |
| Sexo                                            | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) | Lugar de nacimiento | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>                |
| M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> |                                  | Departamento        | Nacionalidad                                                         |
| Correo electrónico                              | Teléfono fijo                    | Teléfono celular    | Dirección de contacto (si es diferente a la del asegurado principal) |
| Ciudad de residencia                            | Departamento                     | Profesión           | Describe su ocupación actual                                         |

**SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE  
SEGURO DE VIDA GRUPO**

No. Solicitud / Certificado

Póliza GR

Producto

Fecha de expedición (DD/MM/AAAA) Vigencia desde (DD/MM/AAAA) A las 24 horas Vigencia hasta (DD/MM/AAAA) A las 24 horas Localidad de radicación

Nombre del tomador NIT del tomador Código intermediario

Nombre plantel educativo NIT / Resolución plantel educativo

Municipio Departamento Pagaduría

**Datos generales del asegurado**

Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Tipo y No. de documento Sexo Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Lugar de nacimiento

C.C. ☐ C.E. ☐

M ☐ F ☐

Departamento Nacionalidad Estado civil

Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐

Correo electrónico Teléfono fijo Teléfono celular

Dirección residencia / Correspondencia Ciudad de residencia Departamento

**Actividad económica**

Profesión Ocupación actual Entidad empleadora

Cargo que desempeña Dirección del trabajo

Ciudad Departamento Teléfono

Periodicidad de pago de la prima Forma de pago Cód. Empleado

Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Débito Automático ☐ Libranza ☐

**Beneficiarios asegurado principal**

Nombre beneficiario Parentesco Calidad Porcentaje %

Libre

Libre

Libre

Libre

Libre

**Datos del cónyuge**

Primer apellido Segundo apellido Nombre(s) Tipo y No. de documento

C.C. ☐ C.E. ☐

Sexo Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Lugar de nacimiento Departamento Nacionalidad

M ☐ F ☐

Correo electrónico Teléfono fijo Teléfono celular Dirección de contacto (si es diferente a la del asegurado principal)

Ciudad de residencia Departamento Profesión Describa su ocupación actual

**SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE  
SEGURO DE VIDA GRUPO**

No. Solicitud / Certificado

Póliza GR

Producto

Fecha de expedición (DD/MM/AAAA) Vigencia desde (DD/MM/AAAA) A las 24 horas Vigencia hasta (DD/MM/AAAA) A las 24 horas Localidad de radicación

Nombre del tomador NIT del tomador Código intermediario

Nombre plantel educativo NIT / Resolución plantel educativo

Municipio Departamento Pagaduría

**Datos generales del asegurado**

Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Tipo y No. de documento Sexo Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Lugar de nacimiento

C.C. ☐ C.E. ☐

M ☐ F ☐

Departamento Nacionalidad Estado civil

Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐

Correo electrónico Teléfono fijo Teléfono celular

Dirección residencia / Correspondencia Ciudad de residencia Departamento

**Actividad económica**

Profesión Ocupación actual Entidad empleadora

Cargo que desempeña Dirección del trabajo

Ciudad Departamento Teléfono

Periodicidad de pago de la prima Forma de pago Cód. Empleado

Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Débito Automático ☐ Libranza ☐

**Beneficiarios asegurado principal**

Nombre beneficiario Parentesco Calidad Porcentaje %

Libre

Libre

Libre

Libre

Libre

**Datos del cónyuge**

Primer apellido Segundo apellido Nombre(s) Tipo y No. de documento

C.C. ☐ C.E. ☐

Sexo Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Lugar de nacimiento Departamento Nacionalidad

M ☐ F ☐

Correo electrónico Teléfono fijo Teléfono celular Dirección de contacto (si es diferente a la del asegurado principal)

Ciudad de residencia Departamento Profesión Describa su ocupación actual

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

| Nombre beneficiario | Parentesco | Calidad | Porcentaje % |
|---------------------|------------|---------|--------------|
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |

Datos hijos asegurados (Sólo para el amparo de últimos gastos)

| Apellidos y nombres | Tipo y no. de documento | Fecha de nacimiento<br>(DD/MM/AAAA) | Sexo | Lugar de nacimiento<br>(ciudad, departamento) |
|---------------------|-------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------------------------|
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |

Amparos

|                                                | Asegurado principal |          | Cónyuge                    |          |
|------------------------------------------------|---------------------|----------|----------------------------|----------|
|                                                | Valor asegurado     | Prima    | Valor asegurado            | Prima    |
| Básica de Vida                                 |                     |          |                            |          |
| Bono canasta                                   |                     | Gratuito |                            | Gratuito |
| Últimos gastos                                 |                     | Gratuito |                            | Gratuito |
| Muerte Accidental y Desmembración              |                     |          |                            |          |
| Incapacidad Total y Permanente                 |                     |          |                            |          |
| Enfermedades Graves                            |                     |          |                            |          |
| Renta diaria por hospitalización               |                     |          |                            |          |
| Renta diaria por incapacidad post hospitalaria |                     |          |                            |          |
| Edad _____ Prima total (1)                     |                     |          | Edad _____ Prima total (2) |          |

| Amparo para hijos       | Beneficiario        | No. hijos | Valor asegurado | Prima por hijo | Prima total hijos (3) |
|-------------------------|---------------------|-----------|-----------------|----------------|-----------------------|
| Últimos gastos          | Asegurado principal |           | \$5.000.000.00  |                |                       |
| Total prima (1)+(2)+(3) |                     |           |                 |                |                       |

Certificamos

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto, no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud / certificado.

IMPORTANTE:

La declaración de asegurabilidad forma parte integral de este contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge. si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de **\$ 120.000.000.00**

NOTA:

- El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza, certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
- Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguran serán sus padres en partes iguales.

**Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)**

| Nombre beneficiario | Parentesco | Calidad | Porcentaje % |
|---------------------|------------|---------|--------------|
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |

**Datos hijos asegurados** (Sólo para el amparo de últimos gastos)

| Apellidos y nombres | Tipo y no. de documento | Fecha de nacimiento<br>(DD/MM/AAAA) | Sexo | Lugar de nacimiento<br>(ciudad, departamento) |
|---------------------|-------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------------------------|
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |

**Amparos**

|                                                | Asegurado principal |                 | Cónyuge         |                 |
|------------------------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                                                | Valor asegurado     | Prima           | Valor asegurado | Prima           |
| Básica de Vida                                 |                     |                 |                 |                 |
| Bono canasta                                   |                     | Gratuito        |                 | Gratuito        |
| Últimos gastos                                 |                     | Gratuito        |                 | Gratuito        |
| Muerte Accidental y Desmembración              |                     |                 |                 |                 |
| Incapacidad Total y Permanente                 |                     |                 |                 |                 |
| Enfermedades Graves                            |                     |                 |                 |                 |
| Renta diaria por hospitalización               |                     |                 |                 |                 |
| Renta diaria por incapacidad post hospitalaria |                     |                 |                 |                 |
|                                                | Edad _____          | Prima total (1) | Edad _____      | Prima total (2) |

| Amparo para hijos       | Beneficiario        | No. hijos | Valor asegurado | Prima por hijo | Prima total hijos (3) |
|-------------------------|---------------------|-----------|-----------------|----------------|-----------------------|
| Últimos gastos          | Asegurado principal |           | \$5.000.000.00  |                |                       |
| Total prima (1)+(2)+(3) |                     |           |                 |                |                       |

**Certificamos**

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto, no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud / certificado.

**IMPORTANTE:**

La declaración de asegurabilidad forma parte integral de este contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge. si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de **\$ 120.000.000.00**

**NOTA:**

- El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza, certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
- Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguran serán sus padres en partes iguales.



No. Solicitud / Certificado

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

| Nombre beneficiario | Parentesco | Calidad | Porcentaje % |
|---------------------|------------|---------|--------------|
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |
|                     |            | Libre   |              |

Datos hijos asegurados (Sólo para el amparo de últimos gastos)

| Apellidos y nombres | Tipo y no. de documento | Fecha de nacimiento<br>(DD/MM/AAAA) | Sexo | Lugar de nacimiento<br>(ciudad, departamento) |
|---------------------|-------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------------------------|
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |

Amparos

|                                                | Asegurado principal |          | Cónyuge                    |          |
|------------------------------------------------|---------------------|----------|----------------------------|----------|
|                                                | Valor asegurado     | Prima    | Valor asegurado            | Prima    |
| Básica de Vida                                 |                     |          |                            |          |
| Bono canasta                                   |                     | Gratuito |                            | Gratuito |
| Últimos gastos                                 |                     | Gratuito |                            | Gratuito |
| Muerte Accidental y Desmembración              |                     |          |                            |          |
| Incapacidad Total y Permanente                 |                     |          |                            |          |
| Enfermedades Graves                            |                     |          |                            |          |
| Renta diaria por hospitalización               |                     |          |                            |          |
| Renta diaria por incapacidad post hospitalaria |                     |          |                            |          |
| Edad _____ Prima total (1)                     |                     |          | Edad _____ Prima total (2) |          |

| Amparo para hijos | Beneficiario        | No. hijos | Valor asegurado | Prima por hijo          | Prima total hijos (3) |
|-------------------|---------------------|-----------|-----------------|-------------------------|-----------------------|
| Últimos gastos    | Asegurado principal |           | \$5.000.000.00  |                         |                       |
|                   |                     |           |                 | Total prima (1)+(2)+(3) |                       |

Certificamos

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto, no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud / certificado.

IMPORTANTE:

La declaración de asegurabilidad forma parte integral de este contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge. si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de **\$ 120.000.000.00**

NOTA:

- El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza, certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
- Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguran serán sus padres en partes iguales.

## Declaración de Asegurabilidad

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS

|                                                                                                                                                                                                                                | Principal | Cónyuge |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                                | SÍ        | NO      | SÍ | NO |
| 1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?                                                                                         |           |         |    |    |
| 1.1 Hipertensión arterial.                                                                                                                                                                                                     |           |         |    |    |
| 1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre.                                                                                                                                                                        |           |         |    |    |
| 1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.                                                                                                                                                                          |           |         |    |    |
| 1.4 Obesidad.                                                                                                                                                                                                                  |           |         |    |    |
| 1.5 Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.                                                                                                                                                              |           |         |    |    |
| 1.6 Cáncer de cualquier tipo.                                                                                                                                                                                                  |           |         |    |    |
| 1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis.                                                                                                                                                                                    |           |         |    |    |
| 1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC.                                                                                                                                                                                           |           |         |    |    |
| 1.9 Convulsiones, desmayos (mas de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.                                                                     |           |         |    |    |
| 1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C.                                                                                                                                                                                                |           |         |    |    |
| 1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.                                                                                                                                                |           |         |    |    |
| 1.12 VIH, SIDA, tuberculosis.                                                                                                                                                                                                  |           |         |    |    |
| 1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.                                                                                                                                                                 |           |         |    |    |
| 1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.                                                                                                                                                                            |           |         |    |    |
| 1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.                                                                                                                                                           |           |         |    |    |
| 1.16 Enfermedades psiquiátricas.                                                                                                                                                                                               |           |         |    |    |
| 1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.                                                                                                                                 |           |         |    |    |
| 1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.                                                                                                                                                         |           |         |    |    |
| 1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos.                                                                                                                                                                          |           |         |    |    |
| 1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.                                                                                                                                                                                    |           |         |    |    |
| 2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?                                                                                                                              |           |         |    |    |
| 3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria?                                                                                                                                                         |           |         |    |    |
| 4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?                                                                                                                                              |           |         |    |    |
| 5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas?                                                                                                                                                                    |           |         |    |    |
| 6. ¿Practican ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole? |           |         |    |    |
| 7. ¿Han sido indiciados, sindicados o condenados por la justicia penal ?                                                                                                                                                       |           |         |    |    |

En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información:

| No. PREGUNTA | DESCRIPCIÓN RESPUESTA | OBSERVACIONES |
|--------------|-----------------------|---------------|
|              |                       |               |
|              |                       |               |
|              |                       |               |

¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores?. En caso afirmativo indicar cual: \_\_\_\_\_

SÍ NO SÍ NO

8. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales?

SÍ NO SÍ NO

## PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:

SÍ NO SÍ NO

9. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento?

SÍ NO SÍ NO

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: \_\_\_\_\_

## Autorización de tratamiento de datos personales

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que:

La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo.

## Declaración de Asegurabilidad

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS

|                                                                                                                                                                                                                                | Principal | Cónyuge |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                                | SÍ        | NO      | SÍ | NO |
| 1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?                                                                                         |           |         |    |    |
| 1.1 Hipertensión arterial.                                                                                                                                                                                                     |           |         |    |    |
| 1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre.                                                                                                                                                                        |           |         |    |    |
| 1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.                                                                                                                                                                          |           |         |    |    |
| 1.4 Obesidad.                                                                                                                                                                                                                  |           |         |    |    |
| 1.5 Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.                                                                                                                                                              |           |         |    |    |
| 1.6 Cáncer de cualquier tipo.                                                                                                                                                                                                  |           |         |    |    |
| 1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis.                                                                                                                                                                                    |           |         |    |    |
| 1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC.                                                                                                                                                                                           |           |         |    |    |
| 1.9 Convulsiones, desmayos (mas de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.                                                                     |           |         |    |    |
| 1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C.                                                                                                                                                                                                |           |         |    |    |
| 1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.                                                                                                                                                |           |         |    |    |
| 1.12 VIH, SIDA, tuberculosis.                                                                                                                                                                                                  |           |         |    |    |
| 1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.                                                                                                                                                                 |           |         |    |    |
| 1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.                                                                                                                                                                            |           |         |    |    |
| 1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.                                                                                                                                                           |           |         |    |    |
| 1.16 Enfermedades psiquiátricas.                                                                                                                                                                                               |           |         |    |    |
| 1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.                                                                                                                                 |           |         |    |    |
| 1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.                                                                                                                                                         |           |         |    |    |
| 1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos.                                                                                                                                                                          |           |         |    |    |
| 1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.                                                                                                                                                                                    |           |         |    |    |
| 2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?                                                                                                                              |           |         |    |    |
| 3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria?                                                                                                                                                         |           |         |    |    |
| 4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?                                                                                                                                              |           |         |    |    |
| 5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas?                                                                                                                                                                    |           |         |    |    |
| 6. ¿Practican ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole? |           |         |    |    |
| 7. ¿Han sido indiciados, sindicados o condenados por la justicia penal ?                                                                                                                                                       |           |         |    |    |

En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información:

| No. PREGUNTA | DESCRIPCIÓN RESPUESTA | OBSERVACIONES |
|--------------|-----------------------|---------------|
|              |                       |               |
|              |                       |               |
|              |                       |               |

¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores?. En caso afirmativo indicar cual: \_\_\_\_\_

SÍ NO SÍ NO

8. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales?

SÍ NO SÍ NO

## PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:

SÍ NO SÍ NO

9. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento?

SÍ NO SÍ NO

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: \_\_\_\_\_

## Autorización de tratamiento de datos personales

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que:

La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo.

## Declaración de Asegurabilidad

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS

|                                                                                                                                                                                                                                | Principal |    | Cónyuge |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---------|----|
|                                                                                                                                                                                                                                | SÍ        | NO | SÍ      | NO |
| 1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?                                                                                         |           |    |         |    |
| 1.1 Hipertensión arterial.                                                                                                                                                                                                     |           |    |         |    |
| 1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre.                                                                                                                                                                        |           |    |         |    |
| 1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.                                                                                                                                                                          |           |    |         |    |
| 1.4 Obesidad.                                                                                                                                                                                                                  |           |    |         |    |
| 1.5 Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.                                                                                                                                                              |           |    |         |    |
| 1.6 Cáncer de cualquier tipo.                                                                                                                                                                                                  |           |    |         |    |
| 1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis.                                                                                                                                                                                    |           |    |         |    |
| 1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC.                                                                                                                                                                                           |           |    |         |    |
| 1.9 Convulsiones, desmayos (mas de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.                                                                     |           |    |         |    |
| 1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C.                                                                                                                                                                                                |           |    |         |    |
| 1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.                                                                                                                                                |           |    |         |    |
| 1.12 VIH, SIDA, tuberculosis.                                                                                                                                                                                                  |           |    |         |    |
| 1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.                                                                                                                                                                 |           |    |         |    |
| 1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.                                                                                                                                                                            |           |    |         |    |
| 1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.                                                                                                                                                           |           |    |         |    |
| 1.16 Enfermedades psiquiátricas.                                                                                                                                                                                               |           |    |         |    |
| 1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.                                                                                                                                 |           |    |         |    |
| 1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.                                                                                                                                                         |           |    |         |    |
| 1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos.                                                                                                                                                                          |           |    |         |    |
| 1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.                                                                                                                                                                                    |           |    |         |    |
| 2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?                                                                                                                              |           |    |         |    |
| 3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria?                                                                                                                                                         |           |    |         |    |
| 4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?                                                                                                                                              |           |    |         |    |
| 5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas?                                                                                                                                                                    |           |    |         |    |
| 6. ¿Practican ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole? |           |    |         |    |
| 7. ¿Han sido indiciados, sindicados o condenados por la justicia penal ?                                                                                                                                                       |           |    |         |    |

En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información:

| No. PREGUNTA | DESCRIPCIÓN RESPUESTA | OBSERVACIONES |
|--------------|-----------------------|---------------|
|              |                       |               |
|              |                       |               |
|              |                       |               |

¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores?. En caso afirmativo indicar cual: \_\_\_\_\_

SÍ NO SÍ NO

8. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales?

SÍ NO SÍ NO

## PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:

SÍ NO SÍ NO

9. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento?

SÍ NO SÍ NO

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: \_\_\_\_\_

## Autorización de tratamiento de datos personales

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que:

La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo.

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

#### Autorización de información medica

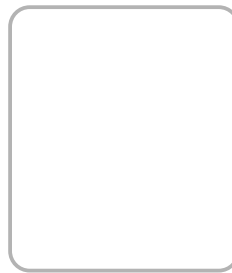
Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información u conservarla en sus archivos.

#### Autorización de descuento débito automático

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria : Corriente ☐ Ahorros ☐ número \_\_\_\_\_ tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ diferir a \_\_\_\_\_ cuotas, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C.

\_\_\_\_\_  
CÓNYUGE  
C.C.



Huella índice derecho  
Asegurado principal

REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.



Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

#### Autorización de información medica

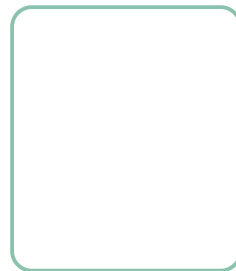
Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información u conservarla en sus archivos.

#### Autorización de descuento débito automático

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria : Corriente ☐ Ahorros ☐ número \_\_\_\_\_ tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ diferir a \_\_\_\_\_ cuotas, los pagos que por concepto de primas se generen.  
En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C.

\_\_\_\_\_  
CÓNYUGE  
C.C.



Huella índice derecho  
Asegurado principal

REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

#### Autorización de información medica

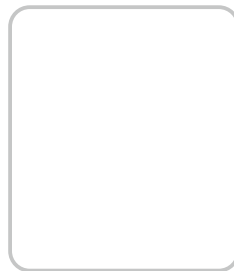
Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información u conservarla en sus archivos.

#### Autorización de descuento débito automático

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente ☐ Ahorros ☐ número \_\_\_\_\_ tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ diferir a \_\_\_\_\_ cuotas, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C.

\_\_\_\_\_  
CÓNYUGE  
C.C.



Huella índice derecho  
Asegurado principal

REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.





SEGUROS  
BOLÍVAR



SEGUROS  
BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE  
SEGURO DE VIDA DE GRUPO.

POLIZA GR-

31063000

|                                    |                                                                |                                                         |                                    |                                       |                                |                             |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| TOMADOR:<br>EDUCADORES DE COLOMBIA |                                                                | PLANTEL<br>CEA 7                                        | CÓDIGO PAGO<br>FAA                 | ENDOSO/FACTURA                        | No. SOLC./CERTIF.<br>124963    | PRODUCTO<br>VIA             |
| PERIODICIDAD PAGO<br>Mensual       | NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL<br>Martha Cecilia Rivera Castro |                                                         | DOC. DE IDENTIDAD<br>26.566.842.50 |                                       | FECHA NACIMIENTO<br>10/02/1969 |                             |
| SEXO<br>F                          | OCCUPACIÓN<br>Docente                                          | TELÉFONO OFICINA                                        | TELÉFONO RESIDENCIA<br>2290225     | DIRECCIÓN<br>Carrera 113 N° 75A. 15   |                                |                             |
| DEPARTAMENTO<br>Cund               | CIUDAD<br>Bog                                                  | NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.)<br>Fabian Castellani |                                    | DOCUMENTO DE IDENTIDAD<br>80.063.466. | FECHA NACIMIENTO<br>26/05/1969 |                             |
| SEXO<br>M                          | OCCUPACIÓN<br>Superior Bromista                                | TELÉFONO OFICINA                                        | LOCALIDAD<br>MBD                   | No. DECLARACIÓN                       | FECHA EXPEDICIÓN<br>16/08/2000 | CÓD. INTERMEDIARIO<br>04977 |

CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

|                             |            |                             |            |
|-----------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| ASEGURADO PRINCIPAL         |            | CÓNYUGE (Segundo Asegurado) |            |
| V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | 15.000.000 | V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | 15.000.000 |
| VIGENCIA DESDE              | 01/10/2000 | VIGENCIA HASTA              | 01/10/2001 |

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO          | PARENTESCO | CALIDAD | %  |
|----------------------------------|------------|---------|----|
| EROS SEBASTIAN CASTELLANI RIVERA | Hijo       | Libre   | 50 |
| EDUARDO RIVERA                   | Hijo       | Libre   | 20 |
| MARCELA CASTRO DOLORE            | Mujer      | Libre   | 20 |
| FABIAN CASTELLANI                | Esposo     | Libre   | 10 |

BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO | PARENTESCO | CALIDAD | %    |
|-------------------------|------------|---------|------|
| MARCELA RIVERA CASTRO   | Esposa     | Libre   | 100% |

| AMPAROS                                                                                                     | ASEGURADOS                  | TASA (X 1000) | PRIMA (\$) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|------------|
| VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN. | ASEGURADO PRINCIPAL         | 31            | 11.250     |
|                                                                                                             | CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO) | 3             | 0.750      |
|                                                                                                             | PRIMA TOTAL                 |               | \$ 22.500  |

**IMPORTANTE:** La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ 40.000.000.

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

|                                         |     |                                   |                                                                  |
|-----------------------------------------|-----|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nombre del intermediario o Razón social |     | Clase Intermediario               |                                                                  |
|                                         |     | Corredor <input type="checkbox"/> | Agencia <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> |
| Prima sin comisión                      | IVA | Comisión                          | Valor Total                                                      |

FIRMA AUTORIZADA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C. 26.566.842

CÓNYUGE  
C.C. 26.566.842 S.A.  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.  
Nit 860.002.503-2

Carrera 10 No. 16 - 39  
A.A. 4421  
Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Tel. 341 00 77 Fax 283 07 99  
Aló Bolívar, centro de servicio al cliente:  
9800-9-18 842 / 336 01 88 en Bogotá

DIRECCION ADMINISTRATIVA A.C.E.

FORMA GR-015 (Rev. abr/99)

SEGUROS  
BOLÍVAR



# AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Page 6  
25670

COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A. - NIT. 860.002.503-2 - CARRERA 10 No. 16-39 - SANTA FÉ DE BOGOTÁ, D. C.

|                                         |                                       |                                                                        |                                  |               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| Título número                           | Valor a Descantar<br><b>\$ 22.500</b> | Valor a Descantar (en letras)<br><i>Veintidós mil quinientos pesos</i> | COMPANÍA BOLÍVAR                 | NIT           |
| Póliza (Ramo y número)<br><b>124563</b> | Clave intermediario<br><b>04977</b>   | Localidad radicación<br><b>HBO</b>                                     | CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.      | 860.006.359-6 |
|                                         |                                       |                                                                        | COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. | 860.002.503-2 |
|                                         |                                       |                                                                        | SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. | 860.002.180-7 |

## DATOS DE LA CUENTA

|                             |                                                                           |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CÓD. ENTIDAD<br><b>3176</b> | ENTIDAD AUTORIZADA NOMBRE<br><i>CEO. Los Pajaros. Secretario de Educ.</i> | SUCURSAL ENTIDAD                                                                                                                                               | CIUDAD<br><b>Bta</b>                                                                                                                                                 |
| NÚMERO DE LA CUENTA         | NIT DE LA LIBRANZA                                                        | CANAL DE DESCUENTO<br>01 <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO<br>02 <input type="checkbox"/> CTA. CORRIENTE<br>03 <input type="checkbox"/> CTA. AHORROS | PERIODICIDAD<br><input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL<br><input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL |
|                             |                                                                           |                                                                                                                                                                | PRIMERA CUOTA EN EFECTIVO O PAGO POR DATAPHONO<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                            |

## DATOS DEL CUENTAHABIENTE, TARJETAHABIENTE O EMPLEADO - LIBRANZA -

|                               |                                                                                                             |                        |            |                |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|----------------|
| NOMBRE COMPLETO               | CÉDULA, NIT O C.E.<br><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | DIRECCIÓN              | CIUDAD     | TELÉFONO       |
| <i>Martha Cecilia Riverac</i> | <i>26566842</i>                                                                                             | <i>Ci. 113 #75A 15</i> | <i>Bta</i> | <i>2290229</i> |
|                               |                                                                                                             |                        |            |                |
| 3                             |                                                                                                             |                        |            |                |

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO

CIUDAD Y FECHA:

*Bogotá Agosto 16/2000*

AA

MM

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO

AUTORIZACIÓN No.

1a. FIRMA

*Martha Cecilia Riverac*

2a. FIRMA

FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CUENTA,  
TARJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEADO

*Para el primer descuento a partir del 30 de septiembre del 2000*

*Martha Cecilia Riverac*

**PROCESADO**

ESPACIO TIMBRE TARJETA DE CRÉDITO.

ENTIDAD AUTORIZADA/ARCHIVO OFF

FORM B-335 (Rev. Jul. 99)



**IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

Si usted falta a la verdad al suscribir la siguiente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra línea ALO BOLIVAR al 9800-9-18842 y en Bogotá al 336 0188.

YO: Martha Cecilia Rivera Castro, mayor de edad, domiciliado en, Bogotá nacido el día 10 del mes Febrero del año 1969, identificado con CC No. 26-566-842 de San Agustín en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. Tanto mi estado de salud como el de mi cónyuge asegurado es normal, no padecemos ni hemos padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, afecciones cardiovasculares, VIH-Sida, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis B; cirrosis, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares.
2. En los últimos dos (2) años no hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y los hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la "Compañía de Seguros Bolívar S. A.", para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir con las demás entidades subordinadas o controladas de "Sociedades Bolívar S.A." toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última.

La "Compañía de Seguros Bolívar S. A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma del Asegurado:  
Doc. de Ident. : CC No. 26-566-842

Martha Cecilia Rivera ✓



Huella índice derecho

SEGUROS

BOLÍVAR

# **SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO**

POLIZA GR-

2.3176.

\$ 22.500

|                                           |                                                                       |                                                                |                                       |                                                           |                                                    |                                                  |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| TOMADOR:<br><b>EDUCADORES DE COLOMBIA</b> |                                                                       | PLANTEL<br><i>Antonio Villavicencio</i>                        | CÓDIGO PAGO                           | ENDOSO/FACTURA                                            | No. SOLC./CERTIF.<br><b>227324</b>                 | PRODUCTO                                         |
| PERIODICIDAD PAGO<br><b>Mensual.</b>      | NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL<br><b>Martha Cecilia Rivera Castro</b> |                                                                | DOC. DE IDENTIDAD<br><b>26566842</b>  |                                                           | FECHA NACIMIENTO<br>D / M / A<br><b>10 de 69</b>   |                                                  |
| SEXO<br><b>F</b>                          | Ocupación<br><b>Docente.</b>                                          | TELÉFONO OFICINA<br><b>4405465</b>                             | TELÉFONO RESIDENCIA<br><b>4314760</b> | DIRECCIÓN<br><b>Cl 71<sup>A</sup> #105<sup>F</sup>-16</b> |                                                    |                                                  |
| DEPARTAMENTO<br><b>Cundinamarca</b>       | CIUDAD<br><b>Bogotá</b>                                               | NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.)<br><b>Fabian Castellani</b> |                                       | DOCUMENTO DE IDENTIDAD<br><b>80063466</b>                 |                                                    | FECHA NACIMIENTO<br>D / M / A<br><b>24 04 69</b> |
| SEXO<br><b>M</b>                          | Ocupación<br><b>Vendedor Almuerzo</b>                                 | TELÉFONO OFICINA<br><b>4314760</b>                             | LOCALIDAD<br><b>MOO.</b>              | No. DECLARACIÓN<br><b>564238</b>                          | FECHA EXPEDICIÓN<br>D / M / A<br><b>18 10 2002</b> | CÓD. INTERMEDIARIO<br><b>19756</b>               |

## CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

|                             |                            |                             |                              |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ASEGURADO PRINCIPAL         |                            | CÓNYUGE (Segundo Asegurado) |                              |
| V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | <b>20.000.000</b>          | V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | <b>20.000.000</b>            |
| VIGENCIA DESDE              | D / M / A<br><b>1 1 03</b> | VIGENCIA HASTA              | D / M / A<br><b>31 12 03</b> |

## BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO                 | PARENTESCO           | CALIDAD      | %         |
|-----------------------------------------|----------------------|--------------|-----------|
| <b>Edith Riquelma Mazabal</b>           | <b>22 13 Padre</b>   | <b>Libre</b> | <b>10</b> |
| <b>Marta Castro</b>                     | <b>22 Madre</b>      | <b>Libre</b> | <b>15</b> |
| <b>Ernő Sebastian Castellani Rivera</b> | <b>22 Hijo</b>       | <b>Libre</b> | <b>50</b> |
| <b>Fabian Castellani Avellaneda</b>     | <b>22 13 Conyuge</b> | <b>Libre</b> | <b>25</b> |

## BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO             | PARENTESCO        | CALIDAD      | %          |
|-------------------------------------|-------------------|--------------|------------|
| <b>Martha Cecilia Rivera Castro</b> | <b>22 Conyuge</b> | <b>Libre</b> | <b>100</b> |
|                                     |                   |              |            |
|                                     |                   |              |            |

| AMPAROS                                                                                                     | ASEGURADOS                  | EDAD      | TASA (X 1000) | PRIMA (\$)      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|---------------|-----------------|
| VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN. | ASEGURADO PRINCIPAL         | <b>33</b> | <b>750</b>    | <b>15.000</b>   |
|                                                                                                             | CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO) | <b>33</b> | <b>750</b>    | <b>15.000</b>   |
|                                                                                                             | PRIMA TOTAL                 |           |               | <b>\$30.000</b> |

**IMPORTANTE:** La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ **50.000.000**

## DATOS DE INTERMEDIACIÓN

|                                         |     |                                                                                                                           |             |
|-----------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nombre del intermediario o Razón social |     | Clase Intermediario<br>Corredor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> |             |
| Prima sin comisión                      | IVA | Comisión                                                                                                                  | Valor Total |

**FIRMA AUTORIZADA**  
COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

**ASEGURADO PRINCIPAL**  
C.C. 26.566.842

**CÓNYUGE**  
C.C. 26.566.842

**REPRESENTANTE LEGAL**  
COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.  
Nit 860.002.503-2  
www.segurosbolivar.com

Carrera 10 No. 16 - 39 A.A. 4421  
Conmutador 341 00 77 Fax 283 07 99  
Bogotá D.C., Colombia.

Atención al Cliente Teléfono Verde  
9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá  
Desde Celular o Avántel \*122

SEGUROS  
BOLÍVAR

TORRES GUARIN Y CIA. LTDA.  
REPRESENTANTES  
EXCLUSIVOS A NIVEL NACIONAL  
DE SEGUROS DE VIDA

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Pr 6

COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S. A. - NIT. 860.002.503-2 - CARRERA 10 No. 16-39 - SANTA FE DE BOGOTÁ, D. C.

|                                         |                                      |                                                           |                                  |               |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| Título número<br><u>e</u>               | Valor a Descontar<br>\$ <u>30000</u> | Valor a Descontar (en letras)<br><u>Treinta mil pesos</u> | COMPANÍA BOLIVAR                 | NIT           |
| Póliza (Ramo y número)<br><u>227324</u> | Clave intermediario<br><u>19256</u>  | Localidad radicación<br><u>MBO</u>                        | CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A.      | 860.006.359-6 |
|                                         |                                      |                                                           | COMPANÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 860.002.503-2 |
|                                         |                                      |                                                           | SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. | 860.002.180-7 |

DATOS DE LA CUENTA

|                             |                                                               |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CÓD. ENTIDAD<br><u>3176</u> | ENTIDAD AUTORIZADA NOMBRE<br><u>6 Docentes recurso Propio</u> | SUCURSAL ENTIDAD<br><u>Antonio Villavicencio</u>                                                                                                                                                                  | CIUDAD<br><u>Bogotá</u>                                                                                                                                              |
| NÚMERO DE LA CUENTA         | NIT DE LA LIBRANZA                                            | CANAL DE DESCUENTO<br>01 <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO<br>02 <input type="checkbox"/> CTA. CORRIENTE<br>03 <input type="checkbox"/> CTA. AHORROS<br>10 <input checked="" type="checkbox"/> LIBRANZA | PERIODICIDAD<br><input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL<br><input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL |
|                             | CÓDIGO DE LA LIBRANZA                                         |                                                                                                                                                                                                                   | PRIMERA CUOTA EN EFECTIVO<br>O PAGO POR DATAPRONO<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                              |

DATOS DEL CUENTAHABIENTE, TARJETA HABIENTE O EMPLEADO - LIBRANZA -

|                                               |                                                                                                             |                                   |               |                                  |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|
| NOMBRE COMPLETO                               | CÉDULA, NIT O C.E.<br><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | DIRECCIÓN                         | CIUDAD        | TELÉFONO                         |
| <u>Martha Cecilia Rivera</u><br><u>Centro</u> | <u>26.566.842</u>                                                                                           | <u>cl 71ª #105<sup>F</sup>-16</u> | <u>Bogotá</u> | <u>4405465</u><br><u>4314760</u> |

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO

|    |    |
|----|----|
| AA | MM |
|----|----|

CIUDAD Y FECHA: Bogotá 18 oct/2002

AUTORIZACIÓN No. \_\_\_\_\_

1a. FIRMA Martha Cecilia Rivera  
cc 26.566.842

2a. FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CUENTA,  
TARJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEADO

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO

\* Autorizo descuento 30. de diciembre.

PROCESADO

Martha Cecilia Rivera  
cc. 26.566.842

\$22500

ESPACIO TIMBRE TARJETA DE CRÉDITO



**SECRETARIA DE EDUCACIÓN**  
**6 DOCENTES RECURSOS PROPIOS - COMPROBANTE DE PAGO**  
**ORIGINAL**

|                                                                |                              |                    |   |                          |                                                         |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|---|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICACIÓN</b>                                          | 26566842                     | <b>VINCULACIÓN</b> | 1 | <b>LOCALIDAD</b>         | 10 ENGATVA                                              |
| <b>NOMBRE</b>                                                  | RIVERA CASTRO MARTHA CECILIA |                    |   | <b>CÓDIGO DANE</b>       | 99911100130804                                          |
| <b>CARGO</b>                                                   | DOCENTE X                    |                    |   | <b>UNIDAD DE PAGO</b>    | CENT EDUC DIST LOS LAURELES                             |
| <b>CUPO ENDEUDAMIENTO</b>                                      | 17,890                       |                    |   | <b>DIRECCIÓN</b>         | Cr. 115B Bis No.58B-18                                  |
| <b>OOCEAVAS</b>                                                |                              |                    |   | <b>FECHA LIQUIDACIÓN</b> | 30/08/2002                                              |
| <b>E F M A M J J A S O N D</b><br><b>1 1 1 1 1 1 1 0 0 0 0</b> |                              |                    |   | <b>PERIÓDO LIQUIDADO</b> | NOMINA PERSONAL DOCENTE RECURSOS PROPIOS AGOSTO DE 2002 |
|                                                                |                              |                    |   | <b>PROCESO</b>           | 1074                                                    |

| DEVENGADOS      |                        |      |          |         | DEDUCIDOS      |                             |      |          |         |
|-----------------|------------------------|------|----------|---------|----------------|-----------------------------|------|----------|---------|
| Código          | Nombre                 | Tipo | Cantidad | Valor   | Código         | Nombre                      | Tipo | Cantidad | Valor   |
| 1               | ASIGNACION BASICA      | P    | 30       | 915,290 | 213            | FONDO PRESTACIONAL MAGISTER | D    | 0        | 45,785  |
| 17              | PRIMA ESPECIAL MENSUAL | P    | 0        | 150     | 301            | CODEMA                      | D    | 0        | 81,026  |
| TOTAL DEVENGADO |                        |      |          | 915,440 | 301            | CODEMA                      | D    | 0        | 45,531  |
| NETO PAGADO     |                        |      |          | 466,203 | 301            | CODEMA                      | D    | 0        | 21,000  |
|                 |                        |      |          |         | 301            | CASA NAL DEL PROFESO        | D    | 0        | 130,695 |
|                 |                        |      |          |         | 301            | CASA NAL DEL PROFESO        | D    | 0        | 73,144  |
|                 |                        |      |          |         | 301            | CASA NAL DEL PROFESO        | D    | 0        | 25,000  |
|                 |                        |      |          |         | 301            | ADE                         | D    | 0        | 4,576   |
|                 |                        |      |          |         | 301            | SEGUROS BOLIVAR             | D    | 0        | 22,500  |
|                 |                        |      |          |         | TOTAL DEDUCIDO |                             |      |          | 449,237 |





**IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

Si usted falta a la verdad al suscribir la siguiente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestro Teléfono Verde 9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá, desde Celular o Avantel \*122 o con su asesor de seguros.

Yo: Martha Cecilia Rivera Castro, mayor de edad, domiciliado en, Bogotá nacido el día 10 del mes Febrero del año 69, identificado con CC No. 26.566.842 de San Agustín en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. Tanto mi estado de salud como el de mi cónyuge asegurado es normal, no padecemos ni hemos padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, afecciones cardiovasculares, VIH-Sida, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis B; cirrosis, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares.
2. En los últimos dos (2) años no hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y los hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestras historias clínicas y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de "Sociedades Bolívar S.A." toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La "Compañía de Seguros Bolívar S. A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 18 días del mes de Octubre del año 2002.

Firma del Asegurado: Martha Cecilia Rivera  
Doc. de Ident. : CC No. 26.566.842



Huella índice derecho

SEGUROS  
BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE  
SEGURO DE VIDA DE GRUPO

POLIZA GR-  
3176

\$30.000

|                                    |                                                                       |                                                         |                                |                                    |                                |                             |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| TOMADOR:<br>EDUCADORES DE COLOMBIA |                                                                       | PLANTEL J.E.D.<br>Antonio Villavicencio                 | CÓDIGO PAGO                    | ENDOSO/FACTURA                     | No. SOLC./CERTIF.<br>251561    | PRODUCTO<br>Vida            |
| PERIODICIDAD PAGO                  | NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL<br>Wensol Rivera Castro Martha Cecilia |                                                         | DOC. DE IDENTIDAD<br>26566842  |                                    | FECHA NACIMIENTO<br>10/02/1969 |                             |
| SEXO<br>F                          | OCCUPACIÓN<br>Docente                                                 | TELÉFONO OFICINA<br>4405465                             | TELÉFONO RESIDENCIA<br>2295665 | DIRECCIÓN<br>CR 109 # 68-54        |                                |                             |
| DEPARTAMENTO<br>C/marca            | CIUDAD<br>Bogotá                                                      | NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.)<br>Castellani Tabian |                                | DOCUMENTO DE IDENTIDAD<br>80063466 | FECHA NACIMIENTO<br>29/04/1969 |                             |
| SEXO<br>M                          | OCCUPACIÓN<br>Alimentos                                               | TELÉFONO OFICINA<br>2295665                             | LOCALIDAD<br>BBO               | No. DECLARACIÓN                    | FECHA EXPEDICIÓN<br>07/04/2003 | CÓD. INTERMEDIARIO<br>20410 |

CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

|                             |            |                             |            |
|-----------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| ASEGURADO PRINCIPAL         |            | CÓNYUGE (Segundo Asegurado) |            |
| V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | 30'000.000 | V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | 30'000.000 |
| VIGENCIA DESDE              | 01/06/2003 | VIGENCIA HASTA              | 01/06/2003 |

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO          | PARENTESCO | CALIDAD | %  |
|----------------------------------|------------|---------|----|
| Eros Sebastian Castellani Rivera | Hijo       |         | 50 |
| Tabian Castellani                | Esposo     |         | 30 |
| Martha Cecilia Rivera            | Padre      |         | 10 |
| Eduardo Rivera                   | Padre      |         | 10 |

BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO      | PARENTESCO | CALIDAD | %   |
|------------------------------|------------|---------|-----|
| Martha Cecilia Rivera Castro | Esposa     | Libre   | 100 |
|                              |            |         |     |
|                              |            |         |     |

| AMPAROS                                                                                                     | ASEGURADOS                  | EDAD | TASA (X 1000) | PRIMA (\$)          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|---------------|---------------------|
| VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN. | ASEGURADO PRINCIPAL         | 34   | 750           | 22500               |
|                                                                                                             | CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO) | 34   | 750           | 22500               |
| REVISADO 27 MAYO 2003                                                                                       |                             |      |               | PRIMA TOTAL \$45000 |

**IMPORTANTE:** La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ 40.000.000

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

|                                         |     |                     |             |
|-----------------------------------------|-----|---------------------|-------------|
| Nombre del intermediario o Razón social |     | Clase Intermediario |             |
| Prima sin comisión                      | IVA | Comisión            | Valor Total |

Edilma Beltrano  
FIRMA AUTORIZADA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Martha Cecilia Tabian Castellani  
ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C. 26.566.842

Tabian Castellani  
CÓNYUGE  
C.C. 80063466

REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.  
Nit 860.002.503-2  
www.segurosbolivar.com

Carrera 10 N° 16 - 39 A.A. 4421  
Conmutador 341 00 77 Fax 283 07 99  
Bogotá D.C., Colombia.

Atención al Cliente Teléfono Verde  
01 8000 122 122/3 122 122 en Bogotá  
Desde Celular o Avantel \*122

DIRECCION ADMINISTRATIVA A.C.

FORMA GR-015 (Rev. abr/99)

SEGUROS  
**BOLÍVAR**



TORRES GUARANY CIA. LTDA.  
REPRESENTANTES  
EXCLUSIVOS A NIVEL NACIONAL  
DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. CANT. 880.002.503-2

# AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

6

LA ENTIDAD AUTORIZADA A RECAUDAR EL VALOR SEÑALADO EN LA PRESENTE AUTORIZACIÓN A LA COMPANHIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. CANT. 880.002.503-2 CARRETA 10 N.º 16 BOGOTÁ D.C. VIGENCIA

|                        |                     |                               |                                   |               |
|------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Título número          | Valor a descontar   | Valor a descontar (en letras) | COMPANHIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. | INFORME       |
| Póliza (Ramo y número) | Clave intermediario | Localidad radicación          | CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.       | 880.008.359-8 |
| 251561                 | 20410               | BOGOTÁ                        | COMPANHIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. | 880.002.503-2 |
|                        |                     |                               | SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.  | 880.002.180-7 |

## DATOS DE LA CUENTA

|                     |                           |                                                |                                          |
|---------------------|---------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| CÓD. ENTIDAD        | ENTIDAD AUTORIZADA NOMBRE | SUCURSAL ENTIDAD                               | CIUDAD                                   |
| 3176                | Secretaría de Educación   | TEO Antonio Villavicencio                      | BOGOTÁ                                   |
| NÚMERO DE LA CUENTA | NIT DE LA LIBRANZA        | CANAL DE DESCUENTO                             | PERIODICIDAD INFORME                     |
|                     |                           | 01 <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO | 01 <input type="checkbox"/> CORRIENTE    |
|                     |                           | 02 <input type="checkbox"/> CTA. CORRIENTE     | 02 <input type="checkbox"/> CTA. AHORROS |
|                     |                           | 03 <input type="checkbox"/> CTA. AHORROS       | 03 <input type="checkbox"/> LIBRANZA     |
|                     |                           | 10 <input type="checkbox"/> LIBRANZA           |                                          |

## DATOS DEL CUENTAHABIENTE, TARJETAHABIENTE O EMPLEADO - LIBRANZA

|                        |                    |                   |        |          |
|------------------------|--------------------|-------------------|--------|----------|
| NOMBRE COMPLETO        | CÉDULA, NIT O C.E. | DIRECCIÓN         | CIUDAD | TELÉFONO |
| Rivero Castro Martha C | 26566842           | Cra 109 N.º 68-54 | BOGOTÁ | 2295665  |
|                        |                    |                   |        | 4405165  |

SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTE EL VALOR DE LA PRIMA EN EL ANIVERSARIO O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO

CIUDAD Y FECHA: BOGOTÁ, 7/2003

AUTORIZACIÓN No. Descontar en mayo de 2003 \$ 3000

1a. FIRMA x Martha Cecilia Rivera

2a. FIRMA 26-566 842

FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CUENTA, TARJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEADO

PROCESADO

ESPACIO TIMBRE TARJETA DE CRÉDITO

ENTIDAD AUTORIZADA ARCHIVO OFP

FORMA B-335 (Red. Jun. 2002)

# SECRETARIA DE EDUCACIÓN

## 6 DOCENTES RECURSOS PROPIOS - COMPROBANTE DE PAGO

26566842 VINCULACIÓN 1  
RIVERA CASTRO MARTHA CECILIA  
DOCENTE X  
PAGAMENTO 117,299

**E F M A M J J A S O N D**  
**1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0**

LOCALIDAD 10 ENGATIVA  
CÓDIGO DANE 99911100130604  
UNIDAD DE PAGO CENT EDUC DIST LOS LAURELES  
DIRECCIÓN Cr. 115B Bis No 598-18  
FECHA LIQUIDACIÓN 28/02/2003 PROCESO 1157  
PERÍODO LIQUIDADO NOMINA PERSONAL DOCENTE RECURSOS PROPIOS FEBRERO 2003

| DEVENGADOS     |      |          |         | DEDUCIDOS      |                             |      |          |         |
|----------------|------|----------|---------|----------------|-----------------------------|------|----------|---------|
| Nombre         | Tipo | Cantidad | Valor   | Código         | Nombre                      | Tipo | Cantidad | Valor   |
| ON BASICA      | P    | 30       | 915,200 | 213            | FONDO PRESTACIONAL MAGISTER | D    | 0        | 45,785  |
| PECIAL MENSUAL | P    | 0        | 150     | 301            | CODEMA                      | D    | 0        | 91,028  |
|                |      |          | 915,440 | 301            | CODEMA                      | D    | 0        | 45,531  |
|                |      |          | 586,398 | 301            | CODEMA                      | D    | 0        | 24,000  |
|                |      |          |         | 301            | CASA NAL DEL PROFESO        | D    | 0        | 73,144  |
|                |      |          |         | 301            | CASA NAL DEL PROFESO        | D    | 0        | 25,000  |
|                |      |          |         | 301            | ADE                         | D    | 0        | 4,576   |
|                |      |          |         | 301            | SEGUROS BOLIVAR             | D    | 0        | 30,000  |
|                |      |          |         | TOTAL DEDUCIDO |                             |      |          | 329,042 |

Prestar remuneración oficial por servicios no prestados o por cantidad superior a la legal asignada  
Lado ( Artículo 35, Numeral 15, Ley 734 de 2.002)



**IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

Si usted falta a la verdad al suscribir la siguiente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestro Teléfono Verde 9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá, desde Celular o Avantel \*122 o con su asesor de seguros.

YO: Martha Cecilia Rivera Castro, mayor de edad, domiciliado en, Bogotá nacido el día 10 del mes Febrero del año 1969, identificado con CC No. 26.566.842 de San Agustín en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. Tanto mi estado de salud como el de mi cónyuge asegurado es normal, no padecemos ni hemos padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, afecciones cardiovasculares, VIH-Sida, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis B; cirrosis, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares.
2. En los últimos dos (2) años no hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y los hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestras historias clínicas y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de "Sociedades Bolívar S.A." toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La "Compañía de Seguros Bolívar S.A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 7 días del mes de Abril del año 2003.

Firma del Asegurado: Martha Cecilia Rivera  
Doc. de Ident. : CC No. 26.566.842



Huella índice  
derecho



|                                    |                                                                |                                                         |                                 |                                      |                                |                    |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| TOMADOR:<br>EDUCADORES DE COLOMBIA |                                                                | PLANTEL C.E.D.<br>Antonio Villavicencio                 | CÓDIGO PAGO                     | ENDOSO/FACTURA                       | No. SOLC./CERTIF.<br>232166    | PRODUCTO<br>Vida   |
| PERIODICIDAD PAGO<br>Mensual       | NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL<br>Martha Cecilia Rivera Castro |                                                         | DOC. DE IDENTIDAD<br>26.566.842 |                                      | FECHA NACIMIENTO<br>10/02/1969 |                    |
| SEXO<br>F                          | Ocupación<br>Docente                                           | TELÉFONO OFICINA<br>4405465                             | TELÉFONO RESIDENCIA<br>2295665  | DIRECCIÓN<br>Cra 109 N° 68-54        |                                |                    |
| DEPARTAMENTO<br>Cauca              | CIUDAD<br>Bogotá                                               | NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.)<br>Fabian Castellani |                                 | DOCUMENTO DE IDENTIDAD<br>80.063.466 | FECHA NACIMIENTO<br>24/04/1969 |                    |
| SEXO<br>M                          | Ocupación<br>Ing. Bimedio                                      | TELÉFONO OFICINA<br>2295665                             | LOCALIDAD<br>MBO                | No. DECLARACIÓN                      | FECHA EXPEDICIÓN<br>04/06/2003 | CÓD. INTERMEDIARIO |

CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

|                             |                            |                             |                           |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| ASEGURADO PRINCIPAL         |                            | CÓNYUGE (Segundo Asegurado) |                           |
| V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | 15.000.000                 | V/R ASEGURADO SOLICITADO \$ | 15.000.000                |
| VIGENCIA DESDE              | 09/08/2003 A LAS 4:00 P.M. | VIGENCIA HASTA              | D / M / A A LAS 4:00 P.M. |

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO          | PARENTESCO | CALIDAD | %  |
|----------------------------------|------------|---------|----|
| Fern Sebastian Castellani Rivera | Hijo       | Libre   | 50 |
| Fabian Castellani                | Cónyuge    | Libre   | 30 |
| Marina Castro                    | Madre      | Libre   | 10 |
| Eduardo Rivera                   | Padre      | Libre   | 10 |

BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)

| NOMBRE DEL BENEFICIARIO      | PARENTESCO | CALIDAD | %   |
|------------------------------|------------|---------|-----|
| Martha Cecilia Rivera Castro | Cónyuge    | Libre   | 100 |

PROCESADO

| AMPAROS                                                                                                     | ASEGURADOS                  | EDAD | TASA (X 1000) | PRIMA (\$) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|---------------|------------|
| VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN. | ASEGURADO PRINCIPAL         | 34   | 250           | 11.250     |
|                                                                                                             | CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO) | 34   | 250           | 11.250     |
| REVISADO 11 JUN 2003                                                                                        |                             |      | PRIMA TOTAL   | \$22.500   |

**IMPORTANTE:** La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ 60.000.000

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

|                                                                                    |     |                                                                                                      |             |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nombre del intermediario o Razón social<br>Torres Germain Y Cia Ltda. Tel. 2865270 |     | Clase Intermediario<br>Corredor [X] Agencia <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> |             |
| Prima sin comisión                                                                 | IVA | Comisión                                                                                             | Valor Total |

*[Firma Autorizada]*  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

*[Firma]* Martha Cecilia Rivera  
C.C. ASEGURADO PRINCIPAL

*[Firma]*  
CÓNYUGE

*[Firma]*  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

SEGUROS  
BOLÍVAR



# AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Pr. 6

COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A. - NIT. 860.002.503-2 - CARRERA 10 No. 18-39 - SANTA FE DE BOGOTÁ, D. C.

|                        |                                |                                                                  |                                   |               |
|------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Título número          | Valor a Descantar<br>\$ 22.500 | Valor a Descantar (en letras)<br>Veinti dos mil quinientos pesos | ENTIDAD DE COMPANÍA BOLÍVAR APODA | NIT           |
| Póliza (Ramo y número) | Código de mediación<br>769     | Localidad radicación<br>MBO                                      | CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.       | 860.008.359-8 |
|                        |                                |                                                                  | COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.  | 860.002.503-2 |
|                        |                                |                                                                  | SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.  | 860.002.180-7 |

## DATOS DE LA CUENTA

|                         |                                                      |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CÓD. ENTIDAD<br>GR 3176 | ENTIDAD AUTORIZADA NOMBRE<br>Secretaría de Educación | SUCURSAL ENTIDAD<br>Bogotá                                                                                                                                                                             | CIUDAD<br>Bogotá                                                                                                                                                     |
| NÚMERO DE LA CUENTA     | NIT DE LA LIBRANZA                                   | CANAL DE DESCUENTO<br>01 <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO<br>02 <input type="checkbox"/> CTA. CORRIENTE<br>03 <input type="checkbox"/> CTA. AHORROS<br>10 <input type="checkbox"/> LIBRANZA | PERIODICIDAD<br><input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL<br><input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL |
|                         | CÓDIGO DE LA LIBRANZA                                | PRIMERA CUOTA EN EFECTIVO<br>O PAGO POR DATAPHONO                                                                                                                                                      | SI <input type="checkbox"/> TRILIANO <input type="checkbox"/>                                                                                                        |

## DATOS DEL CUENTAHABIENTE, TARJETAHABIENTE O EMPLEADO - LIBRANZA

|                              |                     |                               |        |          |
|------------------------------|---------------------|-------------------------------|--------|----------|
| NOMBRE COMPLETO              | CÉDULA, NIT, O C.E. | DIRECCIÓN                     | CIUDAD | TELÉFONO |
| Martha Cecilia Rivera Castro | 26566.842           | Cra 109 <sup>a</sup> N° 68-54 | Bogotá | 2295665  |

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO

CIUDAD Y FECHA:

Bta. Junio 4/03

AUTORIZACIÓN No.

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO

1a. FIRMA

Martha Cecilia Rivera Castro  
C.C. 26.566.842 S.A.

2a. FIRMA

FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CUENTA,  
TARJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEADO

PROCESADO

ESPACIO TIMBRE TARJETA DE CRÉDITO

\$ 45.000

ENTIDAD AUTORIZADA/ARCHIVO OFF

FORMA B-335 (Rev. Sep/2000)





**IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

Si usted falta a la verdad al suscribir la siguiente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestro Teléfono Verde 9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá, desde Celular o Avantel \*122 o con su asesor de seguros.

YO: Martha Cecilia Rivera Castro, mayor de edad, domiciliado en, Bogotá nacido el día 10 del mes Febrero del año 1969, identificado con CC No. 26.566.842 de San Agustín en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. Tanto mi estado de salud como el de mi cónyuge asegurado es normal, no padecemos ni hemos padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, afecciones cardiovasculares, VIH-Sida, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis B; cirrosis, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares.
2. En los últimos dos (2) años no hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y los hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestras historias clínicas y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de "Sociedades Bolívar S.A." toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La "Compañía de Seguros Bolívar S.A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 4 días del mes de Junio del año 2003.

Firma del Asegurado: Martha Cecilia Rivera  
Doc. de Ident.: CC No. 26-566-842



Huella índice  
derecho

SEGUROS  
BOLÍVAR



SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL  
DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO  
EDUCADORES DE COLOMBIA

|                                             |  |                                          |  |                                    |  |                    |  |
|---------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------|--|
| Fecha de expedición<br>23/03/2011           |  | Localidad de radicación<br>MSS           |  | No. Solic./Certif.<br>719981       |  | Póliza GR-<br>3176 |  |
| Producto<br>Vida                            |  | Cód. Intermediario<br>48806              |  |                                    |  |                    |  |
| Vigencia desde<br>D 01 M 06 A 2011          |  | A las 24 horas                           |  | Vigencia hasta<br>D 01 M 06 A 2012 |  | A las 24 horas     |  |
| Tomador<br>Fundación Educadores de Colombia |  | Plantel<br>I.E.D. Patricia Villavicencio |  |                                    |  |                    |  |
| Declaración de asegurabilidad<br>096747     |  |                                          |  |                                    |  |                    |  |

Datos generales del asegurado

|                                          |  |                                    |  |                                                    |  |                                                                      |  |
|------------------------------------------|--|------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| 1er apellido<br>Rivera                   |  | 2do apellido<br>Custio             |  | Nombre(s)<br>Martha Cecilia                        |  |                                                                      |  |
| Tipo y No. de documento<br>C.C. 26566842 |  | Fecha de expedición<br>D M A       |  | Lugar de expedición                                |  | Sexo<br>M O F                                                        |  |
| Fecha de nacimiento<br>10/02/1969        |  | Lugar de nacimiento<br>San Agustín |  | Nacionalidad<br>Colombiano                         |  | Estado civil<br>Soltero Casado Separado Viudo Divorciado Unión libre |  |
| E-mail                                   |  | Celular<br>3138776931              |  | Teléfono residencia<br>3568853                     |  | Dirección residencia<br>C/14A No 1147 - 10                           |  |
| Ciudad de residencia<br>Bogotá           |  | Departamento<br>Bogotá             |  | Dirección de correspondencia<br>C/14A No 1147 - 10 |  |                                                                      |  |

Actividad económica

|                                                                              |  |                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
| Profesión<br>Docente                                                         |  | Ocupación actual<br>DEPENDIENTE Asalariado Estudiante Pensionado Ama de casa |  |
| Empresa donde trabaja<br>I.E.D. Patricia Villavicencio                       |  | Cargo que desempeña<br>Vacante                                               |  |
| Dirección del trabajo                                                        |  | Ciudad<br>Bogotá                                                             |  |
| Teléfono<br>9405465                                                          |  |                                                                              |  |
| Servidor Público<br>SI NO                                                    |  | Maneja Recursos Públicos<br>SI NO                                            |  |
| Persona públicamente reconocida<br>SI NO                                     |  |                                                                              |  |
| ¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?<br>SI NO |  |                                                                              |  |

Información financiera

|                                             |                      |                  |                   |                    |                    |                     |  |
|---------------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--|
| Total Activos                               |                      |                  |                   |                    |                    |                     |  |
| No tiene                                    | menos de 20 millones | 20 a 50 millones | 50 a 100 millones | 100 a 200 millones | 200 a 500 millones | más de 500 millones |  |
| Total Pasivos                               |                      |                  |                   |                    |                    |                     |  |
| No tiene                                    | menos de 20 millones | 20 a 50 millones | 50 a 100 millones | 100 a 200 millones | 200 a 500 millones | más de 500 millones |  |
| Total Ingresos                              |                      |                  |                   |                    |                    |                     |  |
| No tiene                                    | 0 a 1 millón         | 1 a 3 millones   | 3 a 5 millones    | 5 a 10 millones    | 10 a 20 millones   | más de 20 millones  |  |
| Total Egresos                               |                      |                  |                   |                    |                    |                     |  |
| No tiene                                    | 0 a 1 millón         | 1 a 3 millones   | 3 a 5 millones    | 5 a 10 millones    | 10 a 20 millones   | más de 20 millones  |  |
| Concepto de otros ingresos no operacionales |                      |                  |                   |                    |                    |                     |  |
|                                             |                      |                  |                   |                    |                    |                     |  |
| Periodicidad de pago                        |                      | Convenio con     |                   |                    |                    | Entidad             |  |
| Anual                                       | Trimestral           | Cta. corriente   | T. crédito        | No. de cuenta      | No. T. crédito     | Cód. Empleado       |  |
| Semestral                                   | Mensual              | Cta. ahorro      | Libranza          |                    |                    |                     |  |

19981

3176

## Beneficiarios asegurado principal

| Nombre del beneficiario   | Parentesco | Calidad           | %  |
|---------------------------|------------|-------------------|----|
| Eros Sebastian Castellano | hijo       | 1/6 <sup>ta</sup> | 30 |
| Edmundo Rivera            | Padre      |                   | 15 |
| Maria Luisa               | Madre      |                   | 15 |

## Datos del cónyuge

|                                                       |                      |                                                                                                                                                                         |                                                                  |                     |
|-------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1er apellido                                          | 2do apellido         | Nombre(s)                                                                                                                                                               | Tipo de documento                                                |                     |
| Castellano                                            | Abellaneda           | Frauen                                                                                                                                                                  | C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> | 80063466            |
| Fecha de expedición documento                         |                      | Lugar de expedición                                                                                                                                                     | Sexo                                                             | Fecha de nacimiento |
| D                                                     | M                    | A                                                                                                                                                                       | M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>       | 24/04/1969          |
| Nacionalidad                                          | E-mail               | Estado civil                                                                                                                                                            |                                                                  |                     |
| Colombiano                                            |                      | Soltero <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> |                                                                  |                     |
| Teléfono residencia                                   | Dirección residencia | Ciudad de residencia                                                                                                                                                    | Departamento                                                     |                     |
| Dirección de correspondencia                          |                      | Profesión                                                                                                                                                               | Ocupación actual                                                 | DEPENDIENTE         |
| INDEPENDIENTE                                         |                      | Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>                                    |                                                                  |                     |
| Descripción de la actividad económica principal (CIU) |                      | Empresa donde trabaja                                                                                                                                                   | Cargo que desempeña                                              |                     |

## Actividad económica

|                                                                     |                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Profesión                                                           | Ocupación actual                                                                                                                                            |
| Farmacéutica                                                        | DEPENDIENTE Asalariado <input checked="" type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> |
|                                                                     | INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económica principal (CIU)                                                                                         |
| Empresa donde trabaja                                               | Cargo que desempeña                                                                                                                                         |
| Diagnos SKundio                                                     | Farmacéutica                                                                                                                                                |
| Dirección del trabajo                                               | Ciudad                                                                                                                                                      |
|                                                                     | Bogotá                                                                                                                                                      |
| Servidor Público                                                    | Maneja Recursos Públicos                                                                                                                                    |
| SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>        | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>                                                                                                |
| ¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? |                                                                                                                                                             |
| SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>        |                                                                                                                                                             |

## Información financiera

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                |               |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|--|--|--|
| Total Activos                                                            | No tiene <input type="radio"/> menos de 20 millones <input type="radio"/> 20 a 50 millones <input checked="" type="radio"/> 50 a 100 millones <input type="radio"/> 100 a 200 millones <input type="radio"/> 200 a 500 millones <input type="radio"/> más de 500 millones <input type="radio"/> |               |                |               |  |  |  |
| Total Pasivos                                                            | No tiene <input checked="" type="radio"/> menos de 20 millones <input type="radio"/> 20 a 50 millones <input type="radio"/> 50 a 100 millones <input type="radio"/> 100 a 200 millones <input type="radio"/> 200 a 500 millones <input type="radio"/> más de 500 millones <input type="radio"/> |               |                |               |  |  |  |
| Total Ingresos                                                           | No tiene <input type="radio"/> 0 a 1 millón <input type="radio"/> 1 a 3 millones <input checked="" type="radio"/> 3 a 5 millones <input type="radio"/> 5 a 10 millones <input type="radio"/> 10 a 20 millones <input type="radio"/> más de 20 millones <input type="radio"/>                    |               |                |               |  |  |  |
| Total Egresos                                                            | No tiene <input checked="" type="radio"/> 0 a 1 millón <input type="radio"/> 1 a 3 millones <input type="radio"/> 3 a 5 millones <input type="radio"/> 5 a 10 millones <input type="radio"/> 10 a 20 millones <input type="radio"/> más de 20 millones <input type="radio"/>                    |               |                |               |  |  |  |
| Concepto de otros ingresos no operacionales                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                |               |  |  |  |
| Periodicidad de pago                                                     | Convenio con                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Entidad       |                |               |  |  |  |
| Anual <input type="radio"/> Trimestral <input checked="" type="radio"/>  | Cta. corriente <input type="radio"/> T. crédito <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                           | No. de cuenta | No. T. crédito | Cód. Empleado |  |  |  |
| Semestral <input type="radio"/> Mensual <input checked="" type="radio"/> | Cta. ahorro <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                |               |                |               |  |  |  |

## Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

| Nombre del beneficiario         | Parentesco | Calidad           | %  |
|---------------------------------|------------|-------------------|----|
| Marta Cecilia Rivera Castellano | Esposa     | 1/6 <sup>ta</sup> | 50 |
| Eros Sebastian Castellano       | hijo       |                   | 50 |

## Datos hijo 1

|                               |              |                     |                                                       |                     |
|-------------------------------|--------------|---------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|
| 1er apellido                  | 2do apellido | Nombre(s)           | Tipo de documento                                     |                     |
|                               |              |                     | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> |                     |
| Fecha de expedición documento |              | Lugar de expedición | Sexo                                                  | Fecha de nacimiento |
| D                             | M            | A                   | M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>       | D M A               |
| Nacionalidad                  | Profesión    | Dependiente         |                                                       |                     |

719981

3176

## Datos hijo 2

|                               |   |   |                     |  |  |                                                 |  |  |                                                       |   |   |
|-------------------------------|---|---|---------------------|--|--|-------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------|---|---|
| 1er apellido                  |   |   | 2do apellido        |  |  | Nombre(s)                                       |  |  | Tipo de documento                                     |   |   |
|                               |   |   |                     |  |  |                                                 |  |  | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> |   |   |
| Fecha de expedición documento |   |   | Lugar de expedición |  |  | Sexo                                            |  |  | Fecha de nacimiento                                   |   |   |
| D                             | M | A |                     |  |  | M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> |  |  | D                                                     | M | A |
| Nacionalidad                  |   |   | Profesión           |  |  |                                                 |  |  |                                                       |   |   |
|                               |   |   | Dependiente         |  |  |                                                 |  |  |                                                       |   |   |

## Datos hijo 3

|                               |   |   |                     |  |  |                                                 |  |  |                                                       |   |   |
|-------------------------------|---|---|---------------------|--|--|-------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------|---|---|
| 1er apellido                  |   |   | 2do apellido        |  |  | Nombre(s)                                       |  |  | Tipo de documento                                     |   |   |
|                               |   |   |                     |  |  |                                                 |  |  | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> |   |   |
| Fecha de expedición documento |   |   | Lugar de expedición |  |  | Sexo                                            |  |  | Fecha de nacimiento                                   |   |   |
| D                             | M | A |                     |  |  | M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> |  |  | D                                                     | M | A |
| Nacionalidad                  |   |   | Profesión           |  |  |                                                 |  |  |                                                       |   |   |
|                               |   |   | Dependiente         |  |  |                                                 |  |  |                                                       |   |   |

## Amparos

| Amparos para el asegurado principal                                                                                                                                                                                     | Edad                    | Vr. asegurado  | Tasa (x 1000)     | Prima |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|-------------------|-------|
| Vida                                                                                                                                                                                                                    | 41                      | 30.000.000     | 580               | 17400 |
| Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración                                                                                                                                                      |                         | 30.000.000     | 120               | 3600  |
| Incapacidad Total y Permanente                                                                                                                                                                                          |                         | 30.000.000     | 50                | 1500  |
| Enfermedades Graves                                                                                                                                                                                                     |                         |                |                   |       |
| Últimos Gastos                                                                                                                                                                                                          |                         |                |                   |       |
| Amparos para el cónyuge                                                                                                                                                                                                 | Edad                    | Vr. asegurado  | Tasa (x 1000)     | Prima |
| Vida                                                                                                                                                                                                                    | 41                      | 30.000.000     | 580               | 17400 |
| Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración                                                                                                                                                      |                         | 30.000.000     | 120               | 3600  |
| Incapacidad Total y Permanente                                                                                                                                                                                          |                         | 30.000.000     | 50                | 1500  |
| Enfermedades Graves                                                                                                                                                                                                     |                         |                |                   |       |
| Últimos Gastos                                                                                                                                                                                                          |                         |                |                   |       |
| Amparos hijos                                                                                                                                                                                                           | No. de Hijos asegurados | Prima por hijo | Total Prima Hijos |       |
| Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000) M/CTE y Enfermedades Graves SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE. |                         |                |                   |       |
| TOTAL PRIMA                                                                                                                                                                                                             |                         |                | \$45.000          |       |

TER COPIA: FOLDER PÓLIZA

## Certificamos

1. Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
2. Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud - certificado.

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ 110.000.000

## NOTA:

- El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
- Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguren serán sus padres en partes iguales

FIRMA AUTORIZADA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C. 26.566.842

CÓNYUGE  
C.C. 26.566.842

REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

FIRMA HIJO 1  
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 2  
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 3  
C.C. C.E. T.I.

SEGUROS  
**BOLÍVAR**



Pg. 6  
**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

|                                |
|--------------------------------|
| Título número                  |
| Número Póliza<br><b>719981</b> |

|                   |                                   |
|-------------------|-----------------------------------|
| Valor a Descantar | \$ <b>45.000</b>                  |
| Valor en letras:  | <b>cuarenta y cinco mil pesos</b> |
| Intermediario     | <b>48806</b>                      |
| Localidad         | <b>MS</b>                         |
| Radicación        |                                   |

| X | COMPANHIA BOLIVAR                 | NIT           |
|---|-----------------------------------|---------------|
|   | CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A.       | 860.006.359-0 |
|   | COMPANHIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 860.002.503-2 |
|   | SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.  | 860.002.180-7 |

**DATOS DE LA CUENTA**

|                                                    |                                                |                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| CÓDIGO ENTIDAD FINANCIERA<br><b>3176</b>           | NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA<br><b>FEB</b>        | CIUDAD<br><b>Bogotá</b>                        |
| NÚMERO DE LA CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO A DEBITAR | NIT DE LA EMPRESA<br><b>DISTRITO</b>           |                                                |
| CÓDIGO DE LA LIBRANZA                              | CANAL DE DESCUENTO                             | Diferido No. de cuotas para tarjeta de crédito |
|                                                    | 01 <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO | Póliza mensual: 1 mes                          |
|                                                    | 02 <input type="checkbox"/> CTA CORRIENTE      | Póliza semestral: máximo 6 meses               |
|                                                    | 03 <input type="checkbox"/> CTA AHORROS        | Póliza anual: máximo 12 meses                  |
|                                                    | 10 <input type="checkbox"/> LIBRANZA           |                                                |

**DATOS DEL CUENTAHABIENTE, TARJETAHABIENTE O EMPLEADO - LIBRANZA -**

|                                                                       |          |                                                                                                        |                             |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA<br>SI ES COMPARTIDA RELACIONAR TITULAR |          | CÉDULA <input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> | DIRECCIÓN                   |
| 1. <b>Martha Cecilia Rivera</b>                                       |          | <b>26566842</b>                                                                                        | <b>C/ 14A No 119 A - 10</b> |
| 2. _____                                                              |          |                                                                                                        |                             |
| CIUDAD                                                                | TELÉFONO | E-mail:                                                                                                |                             |
| 1. _____                                                              |          |                                                                                                        |                             |
| 2. _____                                                              |          |                                                                                                        |                             |

SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTA EL VALOR DE LA PRIMA EN LA RENOVACIÓN O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO

CIUDAD Y FECHA: **Bogotá 23/03/2011**

1a. FIRMA **Martha Cecilia Rivera**  
cédula **26-566-842**

2a. FIRMA \_\_\_\_\_  
cédula \_\_\_\_\_

FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CUENTA,  
TARJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEADO

Nota: El cuenta habiente; tarjeta habiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.

**ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO**

**Autorizo descuento por libranza.**

RESALTE EN ALTO RELIEVE

**\$22.500**

AAA MM



Huella



**DECLARACION DE ASEGURABILIDAD  
SEGURO DE VIDA GRUPO**

YO: Martha Cecilia Rivera, mayor de edad, domiciliado en, Bogotá  
nacido el día 10 del mes 02 del año 1969, identificado con CC No. 26.566.842 de San Agustín  
en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecucional.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Nombre de su E.P.S. Medicos Asociados Nombre de su medicina prepagada \_\_\_\_\_

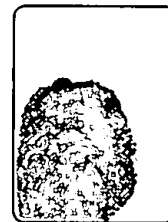
Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 23 días del mes de MARZO del año 2011.

**IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.**  
Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo.  
(Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la RED322 01 8000 123 322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Firma del Asegurado: Martha Cecilia Rivera

Doc. de Ident.: CC No. 26.566.842



Huella índice derecho



Beneficiarios asegurado Principal

| Nombre de beneficiario       | Parentesco | Calidad | %    |
|------------------------------|------------|---------|------|
| Fabian Castellano Abelloneda | Esposo     | libre   | 15 % |
| Eros Sebastian castellania   | Hijo       | libre   | 5 %. |

\* Martha Cecilia Rivera  
C.C. 26.566.842







SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE  
SEGURO DE VIDA GRUPO

No. Solicitud / Certificado

2067450

Póliza GR

278200074370-1

Producto

Educadores Plus

Fecha de expedición (DDMM/AAAA)

14/08/2015

Vigencia desde (DDMM/AAAA)

01/10/2015

A las

24 horas

Vigencia hasta (DDMM/AAAA)

01/10/2016

A las

24 horas

Localidad de radicación

2782

Nombre del tomador

Compañía Social Educadores de Colombia

NIT del tomador

810003593

Código intermediario

34293

Nombre plantel educativo

IED Antonio Villavicencio

NIT / Resolución plantel educativo

830089316

Municipio

Bogotá

Departamento

Cundinamarca

Pagaduría

020 Bogotá

Datos generales del asegurado

Primer apellido

Rivera

Segundo apellido

Castro

Nombre(s)

Martha Cecilia

Tipo y No. de documento

C.C. & C.E. 226366842

Sexo

MO F ☒

Fecha de nacimiento (DDMM/AAAA)

10/02/1969

Lugar de nacimiento

San Agustín

Departamento

Huila

Nacionalidad

Colombiana

Estado civil

Soltero ☐ Casado ☒ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐

Correo electrónico

martha-rivera.842@gmail.com

Teléfono fijo

8938693

Teléfono celular

3202319187

Dirección residencia / Correspondencia

Kia 5 # 9-30 Apt 104 int 3

Ciudad de residencia

Mosquera

Departamento

Cundinamarca

Actividad económica

Profesión

Maestra Educadora

Ocupación actual

Docente

Entidad empleadora

Secretaría de Educación Distrital

Cargo que desempeña

Docente

Dirección del trabajo

Cll 65A # 112A-39

Ciudad

Bogotá

Departamento

Cundinamarca

Teléfono

4350876

Periodicidad de pago de la prima

Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☒

Forma de pago

Débito Automático ☐ Libranza ☒

Cód. Empleado

Beneficiarios asegurado principal

Nombre beneficiario

Orlando Rivera Mazarabel

Parentesco

Padre

Calidad

Libre

Porcentaje %

15

Mirna Castro Valencia

Madre

Libre

15

Caro Sebastian Castellbani Rivera

Hijo

Libre

70

Libre

Libre

Datos del cónyuge

Primer apellido

Castellbani

Segundo apellido

Avellaneda

Nombre(s)

Tabian

Tipo y No. de documento

C.C. & C.E. 80063466

Sexo

MO F ☒

Fecha de nacimiento (DDMM/AAAA)

24/04/1969

Lugar de nacimiento

Zulia

Departamento

Venezolano

Nacionalidad

Venezolano

Correo electrónico

Teléfono fijo

8938693

Teléfono celular

Dirección de contacto (si es diferente a la del asegurado principal)

Kia 5 # 9-30 Apt 104 int 3

Ciudad de residencia

Mosquera

Departamento

Cundinamarca

Profesión

Administrador

Describe su ocupación actual

## Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

| Nombre beneficiario          | Parentesco | Calidad | Porcentaje % |
|------------------------------|------------|---------|--------------|
| Martha Cecilia Rivera Castro | Esposa     | Libre   | 100          |
|                              |            | Libre   |              |
|                              |            | Libre   |              |
|                              |            | Libre   |              |
|                              |            | Libre   |              |

## Datos hijos asegurados (Sólo para el amparo de últimos gastos)

| Apellidos y nombres | Tipo y no. de documento | Fecha de nacimiento<br>(DD/MM/AAAA) | Sexo | Lugar de nacimiento<br>(ciudad, departamento) |
|---------------------|-------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------------------------|
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |
|                     |                         |                                     |      |                                               |

## Amparos

|                                                | Asegurado principal     |          | Cónyuge                 |          |
|------------------------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------|----------|
|                                                | Valor asegurado         | Prima    | Valor asegurado         | Prima    |
| Básica de Vida                                 | 30.000.000              | 14.280   | 30.000.000              | 14.280   |
| Bono canasta                                   | 2.576.111               | Gratuito | 2.576.111               | Gratuito |
| Últimos gastos                                 | 3.000.000               | Gratuito | 3.000.000               | Gratuito |
| Muerte Accidental y Desmembración              | 30.000.000              | 2.370    | 30.000.000              | 2.370    |
| Incapacidad Total y Permanente                 | 30.000.000              | 5.690    | 30.000.000              | 5.690    |
| Enfermedades Graves                            | 15.000.000              | 460      | 15.000.000              | 460      |
| Renta diaria por hospitalización               | 30.000                  | 2.040    | 30.000                  | 2.040    |
| Renta diaria por incapacidad post hospitalaria | 15.000                  | 810      | 15.000                  | 810      |
|                                                | Edad 46 Prima total (1) | 2.5650   | Edad 46 Prima total (2) | 2.5650   |

| Amparo para hijos       | Beneficiario        | No. hijos | Valor asegurado | Prima por hijo | Prima total hijos (3) |
|-------------------------|---------------------|-----------|-----------------|----------------|-----------------------|
| Últimos gastos          | Asegurado principal |           | \$5.000.000,00  |                |                       |
| Total prima (1)+(2)+(3) |                     |           |                 |                | 51.800                |

## Certificamos

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto, no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud / certificado.

## IMPORTANTE:

La declaración de asegurabilidad forma parte integral de este contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ 120.000.000,00

## NOTA:

- El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza, certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
- Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguran serán sus padres en partes iguales.

## Declaración de Asegurabilidad

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED 322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS

|                                                                                                                                                                                                                                | Principal |    | Cónyuge |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---------|----|
|                                                                                                                                                                                                                                | SI        | NO | SI      | NO |
| 1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?                                                                                         |           |    |         |    |
| 1.1 Hipertensión arterial.                                                                                                                                                                                                     |           |    |         |    |
| 1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre.                                                                                                                                                                        |           |    |         |    |
| 1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.                                                                                                                                                                          |           |    |         |    |
| 1.4 Obesidad.                                                                                                                                                                                                                  |           |    |         |    |
| 1.5 Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.                                                                                                                                                              |           |    |         |    |
| 1.6 Cáncer de cualquier tipo.                                                                                                                                                                                                  |           |    |         |    |
| 1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis.                                                                                                                                                                                    |           |    |         |    |
| 1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC.                                                                                                                                                                                           |           |    |         |    |
| 1.9 Convulsiones, desmayos (mas de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.                                                                     |           |    |         |    |
| 1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C.                                                                                                                                                                                                |           |    |         |    |
| 1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.                                                                                                                                                |           |    |         |    |
| 1.12 VIH, SIDA, tuberculosis.                                                                                                                                                                                                  |           |    |         |    |
| 1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.                                                                                                                                                                 |           |    |         |    |
| 1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.                                                                                                                                                                            |           |    |         |    |
| 1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.                                                                                                                                                           |           |    |         |    |
| 1.16 Enfermedades psiquiátricas.                                                                                                                                                                                               |           |    |         |    |
| 1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.                                                                                                                                 |           |    |         |    |
| 1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.                                                                                                                                                         |           |    |         |    |
| 1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos.                                                                                                                                                                          |           |    |         |    |
| 1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.                                                                                                                                                                                    |           |    |         |    |
| 2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?                                                                                                                              |           |    |         |    |
| 3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria?                                                                                                                                                         |           |    |         |    |
| 4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?                                                                                                                                              |           |    |         |    |
| 5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas?                                                                                                                                                                    |           |    |         |    |
| 6. ¿Practican ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole? |           |    |         |    |
| 7. ¿Han sido indiciados, sindicados o condenados por la justicia penal?                                                                                                                                                        |           |    |         |    |

En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información:

| No. PREGUNTA | DESCRIPCIÓN RESPUESTA | OBSERVACIONES |
|--------------|-----------------------|---------------|
|              |                       |               |
|              |                       |               |
|              |                       |               |

¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores?. En caso afirmativo indicar cual: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       | SI                                  | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 8. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:

|                                                                                                                                                                   | SI                       | NO                                  | SI                       | NO                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 9. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: \_\_\_\_\_

## Autorización de tratamiento de datos personales

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que:

La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo.



Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

#### Autorización de información medica

Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información u conservarla en sus archivos.

#### Autorización de descuento débito automático

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente ☐ Ahorros ☐ número \_\_\_\_\_ tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ diferir a \_\_\_\_\_ cuotas, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

Martha Cecilia Rivera Castro

ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C. 26.566.842.



Huella índice derecho  
Asegurado principal

P/O Martha Cecilia Rivera Castro

CÓNYUGE  
C.C. 26.566.842.

Jamir Acuña  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.



|                                                                          |                         |                      |                                                                   |                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Título No.</b>                                                        | <b>Número de póliza</b> | <b>Intermediario</b> | <b>Ciudad</b>                                                     | <b>Fecha</b>             |
|                                                                          | 2067450                 | 34293                | Bogotá                                                            | 14 08 2015               |
| <b>Valor a descontar en letras</b>                                       |                         |                      | <b>Localidad de radicación</b>                                    | <b>Valor a descontar</b> |
| Cuarenta y un mil trescientos pesos                                      |                         |                      | 2782                                                              | \$ 51300                 |
| <input type="radio"/> PRIMA RIESGO <input type="radio"/> CUOTA DE AHORRO |                         |                      | <b>Compañía Bolívar</b>                                           | <b>NIT</b>               |
| Esta opción sólo para vida individual, cuentas de ahorro y corriente.    |                         |                      | <input type="radio"/> CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.                 | 860.006.359-6            |
|                                                                          |                         |                      | <input checked="" type="radio"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. | 860.002.503-2            |
|                                                                          |                         |                      | <input type="radio"/> SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.            | 860.002.180-7            |

**Datos de la Cuenta**

|                                                                                          |                                                                                         |                                                                                                                                                 |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Código entidad financiera</b>                                                         | <b>Nombre entidad financiera</b>                                                        | <b>Ciudad</b>                                                                                                                                   | <b>Primera/Caja</b>                               |
| 2782000747701                                                                            | Superior Educación Distrital                                                            | Bogotá                                                                                                                                          | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| <b>No. de la cuenta o tarjeta de crédito a debitar</b>                                   | <b>NIT de la empresa</b>                                                                | <b>Código de libranza</b>                                                                                                                       |                                                   |
| N/A                                                                                      | N/A                                                                                     | N/A                                                                                                                                             |                                                   |
| <b>Canal de descuento</b>                                                                | <b>Fecha de vencimiento de la Tarjeta de crédito</b>                                    |                                                                                                                                                 |                                                   |
| 01 <input type="radio"/> TARJETA DE CRÉDITO<br>02 <input type="radio"/> CUENTA CORRIENTE | 03 <input type="radio"/> CUENTA AHORROS<br>04 <input checked="" type="radio"/> LIBRANZA | Diferido número de cuotas para tarjeta de crédito:<br>Póliza mensual: 1 mes • Póliza anual: máximo 12 meses<br>Póliza semestral: máximo 6 meses |                                                   |

**Datos del Cuentahabiente, Tarjetahabiente o Empleado - Libranza**

NOTA: El cuentahabiente, tarjetahabiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.

|                                                                              |                                                                                                                   |                            |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA</b><br>SI ES COMPARTIDA RELACIONAR TITULAR | <b>CÉDULA</b> <input checked="" type="radio"/> <b>NIT</b> <input type="radio"/> <b>OTRO</b> <input type="radio"/> | <b>DIRECCIÓN</b>           |
| 1 Martha Cecilia Rivera Castro                                               | 26566842                                                                                                          | Kra 5 # 9-30 Apt 104 int 3 |
| 2                                                                            |                                                                                                                   |                            |
| <b>CIUDAD</b>                                                                | <b>TELÉFONO</b>                                                                                                   | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>  |
| 1 Bogotá                                                                     | 3202819187                                                                                                        | martha-rivera842@yahoo.com |
| 2                                                                            |                                                                                                                   |                            |

SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTA EL VALOR DE LA PRIMA EN LA RENOVACIÓN O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.

**Firma del (los) titular(es) de la cuenta, tarjeta de crédito o del empleado.**

**ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO**

|                                                  |                      |                              |                                |
|--------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>PRIMERA FIRMA</b>                             | <b>SEGUNDA FIRMA</b> | <b>Huella índice derecho</b> | <b>RESALTE EN ALTO RELIEVE</b> |
| Martha Cecilia Rivera Castro.<br>c.c. 26-566842. |                      |                              |                                |



**ANEXO DE CONVERSIÓN**

No. 1023544

Número Solicitud - Certificado

Número Póliza GR

2067450

2782000747701

DE COMÚN ACUERDO ENTRE "COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A." EN ADELANTE LA ASEGURADORA Y Marta Cecilia Rivera Castro IDENTIFICADO CON C.C. 26666942 EN ADELANTE EL ASEGURADO, QUIENES CONJUNTAMENTE EN ADELANTE SE DENOMINARÁN **LAS PARTES**, MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO ACUERDAN Y HACEN CONSTAR QUE A PARTIR DE LA FECHA EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DENOMINADO **PLAN MAESTRO INTEGRAL O EDUCADORES DE COLOMBIA GR- 3176**, CERTIFICADO 31.9981 CON FECHA DE INICIO DE VIGENCIA 01/10/2000 Y UN VALOR ASEGURADO ACTUAL DE \$ 50000000 CON NÚMERO DE FORMA 053, EL QUE EN ADELANTE SE LLAMARÁ **EL SEGURO ANTERIOR**, SERÁ REEMPLAZADO POR EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO "EDUCADORES PLUS" IDENTIFICADO CON NÚMERO DE FORMA GR-108 EL QUE EN ADELANTE SE LLAMARÁ **EL NUEVO SEGURO**, AL CUAL SE LE HA ASIGNADO EL GR 2067450 CERTIFICADO No. 2067450 Y PARA EL CUAL APLICARÁN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES: 2782000747701

1. Se considerará como fecha de inicio de vigencia para **EL NUEVO SEGURO**, la fecha de la conversión del seguro y se conservará la antigüedad de la vigencia del **SEGURO ANTERIOR**.
2. La Declaración de Asegurabilidad firmada por los Asegurados para **EL SEGURO ANTERIOR** se conservará y tendrá plena validez para **EL NUEVO SEGURO**.
3. Los cambios en el estado del riesgo, que se hayan producido durante la vigencia de **EL SEGURO ANTERIOR**, estarán cubiertos por **EL NUEVO SEGURO**, siempre y cuando el diagnóstico de la enfermedad haya sido posterior a la fecha de inicio de vigencia de **EL SEGURO ANTERIOR**.
4. Toda reticencia o inexactitud que pudiera aplicar para **EL SEGURO ANTERIOR**, será aplicable a **EL NUEVO SEGURO**.
5. Si los asegurados deciden aumentar los valores asegurados en el momento de la conversión de la póliza, deben firmar una nueva Declaración de Asegurabilidad la cual pasará a formar parte del **NUEVO SEGURO** y aplicará para las modificaciones únicamente.
6. A partir de la fecha de la conversión las condiciones de tasas, edad límite de cobertura para los anexos, e incrementos de valor asegurado serán las correspondientes a **EL NUEVO SEGURO**.

SOY CONSCIENTE QUE AL HACER ESTA CONVERSIÓN CAMBIAN LAS CONDICIONES DE MI COBERTURA EN CUANTO AL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y EN LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN, LAS CUALES ME HAN SIDO EXPLICADAS Y ACEPTO VOLUNTARIAMENTE.

LAS PARTES MANIFIESTAN QUE ENTIENDEN Y ACEPTAN LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL NUEVO SEGURO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, COMO TAMBIÉN QUE **EL NUEVO SEGURO DEJA SIN EFECTO EL SEGURO ANTERIOR**.

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, SE FIRMA EL PRESENTE ANEXO EN Bogotá A LOS 14 DÍAS DEL MES DE Agosto DE 2015.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Marta Cecilia Rivera Castro

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL

FIRMA AUTORIZADA

