CONTESTACION DE LA DEMANDA - CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER VS COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A - RAD: 2022-373 -(SB778)

agp@ompabogados.com <agp@ompabogados.com>

Lun 5/09/2022 4:15 PM

Para: Juzgado 09 Civil Municipal - Atlántico - Barranquilla <cmun09ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señores

JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL BARRANQUILLA - ATLANTICO

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

RAD: 08001405300920220037300

Cordial saludo.

Por medio del presente correo, me permito enviar adjunto el siguiente documento, relacionado con el proceso de la referencia en formato PDF:

1. CONTESTACION DE LA DEMANDA

2. ANEXOS

Por último, me permito informar al despacho, que el suscrito, el día 02 de agosto de 2022 realice cambio del correo electrónico con el cual me encontraba inscrito en el registro nacional de abogados, por lo que de ahora en adelante recibiré notificaciones en el correo electrónico agp@ompabogados.com, tal como se puede constatar en la certificación adjunta, y en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al número de celular 313 511 92 67.

Cordialmente,

Alexander Gómez Pérez

OMP | Abogados

C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla

T.P. No. 185.144 del C. S. de la J.

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2 Teléfono: +57 (605) 3225281 Celular: +57 (313) 5119267

Correo Electrónico: agp@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia

De: Marianella Toncelle (OMP Abogados) En nombre de agp@ompabogados.com

Enviado el: lunes, 5 de septiembre de 2022 3:58 p.m.

Para: 'cmun09ba@cendoj.ramajudicial.gov.co' <cmun09ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: César Benítez (Omp Abogados) < cbenitez@ompabogados.com>

Asunto: CONTESTACION DE LA DEMANDA - CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER VS COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A - RAD: 2022-373 -(SB778)

Señores

JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL BARRANQUILLA - ATLANTICO

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

RAD: 08001405300920220037300

Cordial saludo,

Por medio del presente correo, me permito enviar adjunto el siguiente documento, relacionado con el proceso de la referencia en formato PDF:

- 1. CONTESTACION DE LA DEMANDA
- 2. ANEXOS

Por último, me permito informar al despacho, que el suscrito, el día 02 de agosto de 2022 realice cambio del correo electrónico con el cual me encontraba inscrito en el registro nacional de abogados, por lo que de ahora en adelante recibiré notificaciones en el correo electrónico agp@ompabogados.com, tal como se puede constatar en la certificación adjunta, y en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al número de celular 313 511 92 67.

Cordialmente,

Alexander Gómez Pérez

OMP | Abogados

C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla

T.P. No. 185.144 del C. S. de la J.

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2 Teléfono: +57 (605) 3225281 Celular: +57 (313) 5119267

Correo Electrónico: agp@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia



Señores
JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA - ATLANTICO
F S D

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL DEMANDANTE: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

RAD: 08001405300920220037300

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, varón, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la sociedad COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la Dra. MARIA DE LAS MERCEDES IBAÑEZ CASTILLO, el cual aportaré con el presente escrito; al señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada a contestar la demanda, lo cual me permito hacer en los siguientes términos:

Inicialmente solicito que se me reconozca personería para actuar como apoderada judicial de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: Manifiesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte del nombramiento de la señora Carmen Martinez Hoyer como docente del magisterio. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

Sin perjuicio de lo anteriormente narrado, es importante resaltar que la señora Martinez Hoyer al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad manifestó que era de profesión docente.

AL HECHO SEGUNDO: Es cierto.

AL HECHO TERCERO: Es cierto. Por lo cual desde dicha fecha la demandante tenia pleno conocimiento de las condiciones generales y particulares aplicables al contrato de seguros, el cual nunca fue desconocido ni tachado por la actora.

AL HECHO CUARTO: Es cierto.

AL HECHO QUINTO: Este punto contiene varias apreciaciones que merecen un estudio por separado.

En relación con la profesión de la señora Carmen Cecilia Martinez Hoyer para la fecha de la suscripción del contrato de seguros, manifiesto al despacho que no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de la vinculación laboral de la demandante. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente



probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

Sin perjuicio de la anterior, es importante resaltar que la señora Martinez Hoyer al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, manifiesto que tenía como profesión docente.

En relación con el presunto conocimiento por parte de mi representada del régimen especial al cual se encontraba afiliada la demandante, manifiesto al despacho que es una apreciación subjetiva sin sustento legal y probatorio, toda vez que en el proceso no reposa prueba que la demandante haya informado a mi representada que tenía un régimen especial de calificación o incapacidad. Cabe resaltar que en el presente caso que nos ocupa, a pesar que la demandante cuente con un régimen especial de calificación, no es algo relevante para el contrato de seguros, toda vez que este se rige bajo las normas consagradas en el Código de Comercio, estatuto orgánico del sistema financiero y demás normas aplicables, así también, debe tenerse en cuenta que el trámite de reclamación y para que se configure el siniestro se determino en las condiciones generales y particulares de la póliza, las cuales eran conocidas integralmente por la actora, pues esta no las tacho de falsa en ningún momento de la relación negocial.

AL HECHO SEXTO: Manifiesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de las atenciones médicas realizadas a la demandante, por lo cual, no tiene conocimiento de las patologías sufridas por esta. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO SEPTIMO: Manifiesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de las atenciones médicas realizadas a la demandante, por lo cual, no tiene conocimiento del número de días que estuvo incapacitada la actora. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO OCTAVO: Manifiesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de las atenciones médicas realizadas a la demandante, por lo cual, no tiene conocimiento de las patologías sufridas por esta. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

En relación con la demostración por parte de la demandante del primer requisito exigido por la póliza para que se afecte por el amparo de incapacidad total y permanente, manifiesto al despacho que no es cierto, toda vez que la demostración del siniestro se encuentra relacionada con demostrar también por parte de la asegurada la pérdida de capacidad laboral le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo. Si analizamos las pruebas aportadas por la demanda se puede evidenciar que la señora Carmen Cecilia Martinez Hoyer no tiene una perdida de capacidad laboral que le IMPIDA realizara una actividad remunerativa distinta a la de docente.

AL HECHO NOVENO: Manifiesto al despacho que este hecho le consta a mi representada, toda vez que esta no fue participe ni tuvo conocimiento del dictamen de perdida de capacidad laboral realizado a la demandante. Es decir, Seguros Bolivar S.A., nunca fue notificada de dicho dictamen con el fin de poder controvertirlo. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.



AL HECHO DECIMO: Manifiesto al despacho que este hecho le consta a mi representada, toda vez que esta no fue participe ni tuvo conocimiento del dictamen de pérdida de capacidad laboral realizado a la demandante. Es decir, Seguros Bolivar S.A., nunca fue notificada de dicho dictamen con el fin de poder controvertirlo. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO PRIMERO: Es cierto. Sin embargo, es importante resaltar que la demandante no ha demostrado en debida forma el siniestro reclamado.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: Es cierto, mi representada Seguros Bolivar S.A., objeto la reclamación presentada por la demandante, pues no se había demostrado de conformidad con las condiciones generales de la póliza, el siniestro que pretende que se indemnice por la demandante.

AL HECHO DECIMO TERCERO: No es cierto, toda vez que ni en etapa de reclamación así como tampoco en la etapa procesal se ha demostrado por la demandante que esta padezca de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerativo. No existe en el proceso una prueba documental que demuestre que la señora Carmen Cecilia Martinez Hoyer carece totalmente de capacidad para realizar una actividad remunerativa distinta a la docencia.

AL HECHO DECIMO CUARTO: Este punto no es un hecho sino una apreciación subjetiva sin sustento legal y probatorio, acerca de una imposibilidad para realizar actividades de carácter remunerativo, de lo cual no se evidencia prueba en el proceso que sea cierto. Es preciso anotar que no puede el demandante limitarse, si quiere sacar avante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio, que por demás no pueden ser valoradas como si se tratara de hechos notorios o presumibles, y no de situaciones cuya comprobación, por mandato legal, le correspondía al demandante probar.

AL HECHO DECIMO QUINTO: Es cierto, mi representada aseguro a la señora Carmen Cecilia Martinez Hoyer para que en el caso que se demostrada debidamente el siniestro como lo señala las condiciones generales y particulares de la póliza, se indemnizaría a la asegurada. Sin embargo, en el caso que nos ocupa no se ha demostrado por parte de la demandante que la incapacidad total y permanente como lo señala el contrato de seguros. Debemos tener en cuenta que el contrato de seguros se rige por lo establecido en el Código de Comercio y las condiciones particulares aplicables que fueron aceptadas por las partes intervinientes y no como erróneamente lo señala el demandante que debe estudiarse bajo las normas del régimen especial del magisterio, pues el dictamen que se le otorgo a la actora corresponde para solicitar la pensión de invalidez.

AL HECHO DECIMO SEXTO: Este punto no es un hecho sino una apreciación subjetiva sin sustento legal y probatorio, acerca de una presunta incapacidad permanente y deterioro de salud que le impidan realizar una actividad remunerativa distinta a la docencia, pues en el expediente no existe prueba referente a esto. Es preciso anotar que no puede el demandante limitarse, si quiere sacar avante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio, que por demás no pueden ser valoradas como si se tratara de hechos notorios o presumibles, y no de situaciones cuya comprobación, por mandato legal, le correspondía al demandante probar.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA



Mi prohijada se opone de manera expresa a las pretensiones formuladas en la demanda por ausencia de presupuestos fácticos y sustanciales, así:

A LA PRIMERA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amen de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA SEGUNDA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amén de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA TERCERA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amén de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA CUARTA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amén de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA QUINTA: Esta pretensión no esta llamada a prosperar por ser consecuencia directa de las anteriores.

A LA SEXTA: Esta pretensión no está llamada a prosperar por ser consecuencia directa de las anteriores.

A LA SEPTIMA: Me opongo a que profiera condena en costas y agencias en derecho a cargo de mi representada en virtud a que ésta ha dado cumplimiento a las disposiciones legales, es decir, que su conducta siempre ha estado sujeta a derecho.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con el propósito de oponerme a las pretensiones de la demanda, formulo con el carácter de perentorias las siguientes excepciones de mérito:

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS.

En materia de seguros, cuestión sobre la cual trata este proceso, el fenómeno jurídico de la prescripción se encuentra inmerso en el Artículo 1081 del Código de Comercio, el cual dispone:

"Art. 1081 C. de Co.: - 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.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes".

El artículo 1081 del Código de Comercio, dispone de un régimen dual de prescripción, la cual de conformidad a la doctrina autorizada, son independientes una de la otra y su aplicación entre una y el otro tipo de prescripción obedece a un factor subjetivo y no a potestad del "interesado" para elegir el tipo prescriptivo que más le favorezca.

El profesor Hernán Fabio López Blanco, quien es uno de los más autorizados exponentes patrios, en su libro titulado "Comentarios al Contrato de Seguro" señala lo siguiente: " (...) no es posible elegir entre las dos prescripciones ya que ellas tienen bases precisas para su cómputo, que corren independientemente de la voluntad de las personas vinculadas al contrato y se debe estar prioritariamente a la prescripción ordinaria si se estructuran las bases para su aplicación, porque la extraordinaria tan solo se considera cuando no existe los supuestos par el cómputo de la ordinaria".

Conforme lo narra los hechos de la demanda y sus anexos, se puede evidenciar de forma palmaria que el hecho que da base a la acción tuvo lugar el día 03 de febrero de 2020, fecha en que se le notificó a la señora CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER el dictamen de incapacidad total y permanente emitido por la ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE, hecho que fue conocido por el demandante, razón por la cual desde dicha fecha comenzó a correr el termino de prescripción ordinaria.

Una vez analizada el acta de reparto del presente proceso, se evidencia que la señora CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER únicamente presentó dicha acción el día 17 de junio de 2022, es decir una vez se había consumado el termino de prescripción, toda vez que el termino de prescripción se configuro el día 03 de febrero de 2022.

Así las cosas, al haberse configurado el fenómeno juridico de la prescripción ordinaria del contrato de seguros previsto en la norma anteriormente transcrita, solicito muy respetuosamente al despacho declarar probada la presente excepción.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA POR CUENTA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. A FAVOR DEL DEMANDANTE CON AFECTACIÓN A LA POLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO EDUCADORES GR 5579 POR NO HABERSE ACREDITADO EL SINIESTRO.

Primeramente, antes de plantear los argumentos a exponer, su señoría debe atender lo regulado en el artículo 1077 del Código de Comercio que a letra indica:

"Artículo 1077. Carga de la Prueba. Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. (...)"

Ahora bien, con relación a el contrato de seguro suscrito, contenido en la póliza de seguro de vida grupo Educadores No. GR5579, en el clausulado aplicable recogido en las condiciones generales, se estipuló para la procedencia de la afectación del amparo denominado Incapacidad Total y Permanente, lo siguiente:



"CONDICION PRIMERA. - DEFINICION 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 PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DIAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERABA COMO TAL: LA PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION DE AMBOS OJOS, LA IMPUTACION DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRA QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS DE INCAPACIDAD" (Subrayas fuera del texto original)

De conformidad al extracto del condicionado general de la póliza antes descrito, el cual contiene el ANEXO denominado INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, las partes, en virtud de su autonomía negocial, tuvieron a bien convenir que la afectación del precitado amparo además de estar precedida de la acreditación de tal incapacidad, esta debió producir lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, es decir, para que opere el amparo de Incapacidad Total y Permanente, no es suficiente aportar dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral con un porcentaje igual o superior al 50%, sino que es necesario que el asegurado acredite que presenta una lesión orgánica o alteración funcional que le impida desempeñar cualquier actividad económica o trabajo remunerativo de por vida, así como también debe acreditar que la incapacidad que presenta es por más de 150 días continuos, no se trata de acumulación de incapacidades, sino que es necesario que le sean continuas en el tiempo, es por ello, que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., al recibir reclamación por parte del demandante y realizar el estudio de la información médica que fue aportada con dicho escrito, se encontró que no era posible establecer de manera clara y definitiva estado de la incapacidad acorde con los términos establecidos en el contrato de seguro, y por ende no se demostró la ocurrencia del siniestro en los términos de las condiciones de la póliza, carga que le corresponde por ley al asegurado y no al asegurador.

Es necesario precisar, que el hecho de habérsele reconocido al demandante, pensión de invalidez por parte del régimen especial, como se acredita en el expediente, ninguna incidencia debe tener en el análisis y evaluación de la presente controversia, pues los requisitos y normas aplicables en estos, son completamente diferentes. Para la procedencia de la pensión resulta aplicable toda la normatividad especial referente al Sistema de seguridad social, mientras que el contrato de seguro, celebrado entre los extremos de la litis se debe regir por lo estipulado entre las partes y las normas de derecho comercial. Hay que tener claro que la invalidez padecida por la demandante únicamente se estructuró frente a la actividad laboral que este venía desempeñando de acuerdo con las normas que rigen en el sistema de pensiones, pero dicha calificación de invalidez, según lo establecido en las condiciones pactadas al momento de la suscripción del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro grupo educadores No. GR-5579 no tiene equivalencia alguna, por cuanto el condicionado general es claro al indicar que además de acreditar la "INCAPACIDAD O INVALIDEZ", el asegurado debe demostrar que la misma haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, y que le produzca lesiones



orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo o actividad económica que le genere ingresos.

Reitero nuevamente, para efectos de que quede claridad en esto, que para que opere el amparo de Incapacidad Total y Permanente, no solo basta con la acreditación de un dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral sea cual sea su porcentaje, sino que será necesario, además, que el asegurado demuestre que dicha incapacidad le produzca al asegurado lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo. Dicho dictamen aportado por el demandante emitido por la entidad de salud no demuestra que el demandante estuviera impedido para desempeñar cualquier actividad económica o trabajo remunerativo, pues solo tiene como objeto determinar un porcentaje de pérdida de su capacidad sobre unas patologías que la originaron frente a su trabajo en especial. En el proceso que nos ocupa, tenemos que una vez recibida la reclamación de la demandante, esta acreditó su estado de invalidez a través del dictamen proferido por la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, que por demás mi representada no tuvo oportunidad de controvertir, por tramitarse bajo las normas especiales de seguridad social, pero no allegó documento idóneo para demostrar que dicha incapacidad le hubiera producido lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida le impidieran desempeñar o realizar cualquier trabajo o actividad económica, pues no podemos perder de vista que el amparo no es por invalidez, sino que es por Incapacidad Total y Permanente.

Concordante con lo anterior, es de vital importancia traer a colación lo señalado por la Superintendencia Financiera de Colombia a través del Concepto No. 1999054320-2 del 30 de septiembre de 1999, así:

"Tratándose de un seguro privado, su contenido se ciñe a las normas que regulan el contrato de seguro, contenidas en el Código de Comercio, a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993 y demás disposiciones que le resulten aplicables. Las condiciones de su contratación dependen del libre ejercicio de la autonomía de la voluntad.

Por consiguiente, los elementos o circunstancias que estructuran la Incapacidad Total y Permanente, riesgo cubierto en un contrato de seguro privado, corresponden a una manifestación de la voluntad de las partes intervinientes en dicho contrato, la cual constituye ley para ellas, acuerdo que ineludiblemente debe aparecer en la póliza de seguro respectiva, en una forma clara y expresa.

(...)

De tal manera que, en caso de siniestro, los parámetros que habrán de tenerse en cuenta para determinar si se configuró o no la Incapacidad Total y Permanente, si procede o no el pago de la indemnización, corresponden a los estipulados por las partes e incorporadas en la póliza de seguro respectiva y, no los establecidos para el Sistema de Seguridad Social Integral a que alude la Ley 100 de 1993, cuya aplicación sólo es obligatoria para el reconocimiento de las prestaciones que se otorgan en el Sistema General de Pensiones, en el de Riesgos Profesionales; así como para la calificación de la limitación o discapacidad de la población discapacitada o minusválida de que trata la Ley 361 de 1997."

Corolario a lo anterior, se observa que, de conformidad a la voluntad de las partes, el demandante al suscribir con mi representada, contrato de seguro de vida grupo, aceptó las condiciones para la afectación de la póliza. Como en el caso de marras, el demandante pretende afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente, hallando que no acreditó debidamente la ocurrencia del siniestro, acorde con la definición del amparo descrito en las condiciones generales de la póliza.



Bajo el contexto que viene de verse, se denota que es imperante la voluntad de las partes, por lo cual la demandante al suscribir con mi prohijada el contrato de seguro de vida grupo educadores, aceptó las condiciones para la afectación de la póliza.

Así las cosas, no puede imponerse condena alguna en contra de la COMPAÑÍA DE SEGURO BOLIVAR S.A., pues es claro que el demandante no cumplió con la obligación contemplada en el artículo 1077 del Código de Comercio.

En relación con el contrato de seguros se ha establecido por vía legal y doctrinaria que el contrato de seguros se define como un contrato consensual en virtud del cual el asegurador asume, como obligación condicional y hasta una suma específica, a cambio del pago de una prima, el riesgo asegurable que le traslada el tomador cuando él o sus representantes tienen interés asegurable en dicho riesgo.

En conclusión, el contrato de seguro está regido por las estipulaciones contractuales derivadas de la póliza y en lo no previsto en ellas por las disposiciones contenidas en la legislación mercantil, articulo 1036 y siguientes del Código de Comercio, razón por la cual el contrato de seguro se rige por las cláusulas que expresamente convienen los contratantes.

Por lo anterior, solicito al señor juez declare probada la presente excepción.

3. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

En cuanto al régimen de responsabilidad civil contractual, en el derecho civil colombiano se han señalado los siguientes elementos que la conforman, y, por ende, que surja una obligación de indemnizar por parte del deudor, los cuales son: un perjuicio, una culpa contractual y un vínculo de causalidad entre la culpa y el perjuicio, todo lo cual, debe girar en torno a un contrato válidamente celebrado entre las partes. Por ser este un aspecto que no se encuentra regulado legalmente, la jurisprudencia colombiana ha señalado como elementos comunes entre la responsabilidad contractual y extracontractual que:

... deben encontrarse acreditados en el proceso los siguientes elementos: <u>una conducta humana, positiva o negativa</u> (...) <u>un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses de la víctima</u>(...) <u>una relación de causalidad entre el daño y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación, y finalmente, un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva (riesgo).</u>

En el presente caso la parte actora, solicita como fundamento de sus pretensiones supuestos incumplimientos por parte de las demandadas en el cubrimiento de los riesgos amparados en Póliza de seguro vida grupo educadores GR-5579.

Teniendo en cuenta lo anterior, tenemos que la acción encuentra su respaldo legal aunque la parte demandante no lo indique en la demanda en la armonización de los artículos 1602 y 1546, en los que se dispone que en caso que uno de los contratantes incumpla sus obligaciones, opera la condición resolutoria, y en tal caso, por efecto de la ley se faculta al otro contratante para pedir a su arbitrio, o el cumplimiento del contrato o su resolución y en ambos casos la indemnización de perjuicios que corresponda.



La jurisprudencia ha determinado que, para la prosperidad de dicha pretensión, se requiere establecer unos supuestos, que ha precisado en los siguientes términos:

"dos son los requisitos para la prosperidad de tal acción. A.-) Que el contratante contra el cual se dirige la demanda haya incumplido a su carga; y b.- Que el contratante que la proponga haya cumplido o se haya allanado a cumplir lo pactado a cargo suyo¹.

Lo anterior impone al demandante el traer con el mismo libelo demandatorio la prueba de la existencia y validez del contrato del cual brota la o las obligaciones que se enrostra a los demandados como incumplidas.

Pues bien en el caso bajo estudio, tenemos que la parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., pero tenemos que no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuanta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A, en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento.

Por último, no existe un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, en cabeza de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A, por el cual se le pueda endilgar a título de culpa o dolo, que este incurrió en conducta sobre la cual pueda enrostrársele algún tipo de incumplimiento.

Así las cosas, es claro que no se encuentran reunidos los elementos necesarios para que pueda endilgársele responsabilidad civil contractual en cabeza de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A pues no se cumplen con los presupuestos para que proceda la acción de resolución contractual, por lo que ello conduce necesariamente a la declinación de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, ruego al Despacho declarar probada la presente excepción.

4. CUALQUIER OTRO TIPO DE EXCEPCION DE FONDO QUE LLEGARE A PROBARSE Y QUE TENGA COMO FUNDAMENTO LA LEY O EL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA INVOCADA COMO FUNDAMENTO DE LA DEMANDA.

PRUEBAS

Para que se declaren probadas las excepciones propuestas en este escrito, solicito que en la oportunidad procesal correspondiente se decreten, tengan en cuenta y practiquen como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

- 1. Carta de objeción de fecha 01 de febrero de 2017, 01 de marzo de 2017, 10 de abril de 2017, 12 de mayo de 2017, 16 de noviembre de 2017, 13 de febrero de 2018 y 30 de octubre de 2018.
- 2. Solicitud certificado individual de Seguro de Vida grupo educadores de Colombia No. GR
- 3. Condiciones generales de la póliza de vida grupo educadores No. GR 5253.

¹ CSJ Cas 23 de mayo de 1976 Tomada del CC de la Superintendencia de Notariado.



INTERROGATORIO DE PARTE

Que se cite a la señora CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER, mujer, mayor de edad, para que absuelva el interrogatorio de parte que le formularé en la respectiva audiencia o diligencia, sobre los hechos de la demanda y su contestación, su citación se puede efectuar en la dirección indicada en la demanda y a ella me remito.

ANEXOS

- 1. Los enunciados en el acápite de prueba documental.
- 2. Poder especial otorgado al suscrito.
- 3. Certificado de existencia y representación legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia y que fue aportado al momento de la notificación.

NOTIFICACIONES

- El demandante y su apoderado reciben notificaciones en las direcciones aportadas en la demanda y a ellas me remito.
- La COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. recibirá notificaciones en la Avenida el Dorado No. 68B 31, piso 3 de la ciudad de Bogotá D.C.
- Por mi parte las recibiré en la secretaría de su despacho o en la Carrera 58 No. 70-110 Oficina A2 de la ciudad de Barranquilla y al correo agp@ompabogados.com

Del señor Juez, respetuosamente,

ALEXANDER GOMEZ PEREZ

¢.C No. 1.129.566.574 de Barranquilla

T.P. No. 185.144 del C.S.J.

A.C.N.R

Señores JUZGADO NOVENO (9°) CIVIL MUNICIPAL ATLANTICO – BARRANQUILLA

Referencia: PROCESO VERBAL

Demandante: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A Y OTROS

Radicado: 08001405300920220037300

Asunto: Poder Especial

MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO mayor y vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén, actuando en calidad de representante legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. dada mi calidad de tercer suplente del presidente de la mencionada sociedad, 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 que confiero poder especial, amplio y suficiente a ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ con cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 de Barranquilla y T.P. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, a HOLGER AUGUSTO ALFONZO FLOREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.425.224 de B/quilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 220.003 del Consejo Superior de la Judicatura, a EDUARDO ALVARADO CONTRERAS, identificado con cédula de ciudadanía No. 9.102.704 expedida en Cartagena, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 117.403 del Consejo Superior de la Judicatura, a AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.857.895 de Barranquilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 267.222, del Consejo Superior de la Judicatura, a MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia, portador de la Tarjeta Profesional No. 302.665, del Consejo Superior de la Judicatura, a LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.259.725 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 201.206 del Consejo Superior de la Judicatura para que en nombre de la sociedad que represento actúen, intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mis apoderados quedan facultados en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial quedan habilitados para conciliar, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.

notificaciones@segurosbolivar.com

MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁNES CASTILLO

C.C. 39.681.414 de Usaquén Representante Legal

Aceptamos,

ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ C.C. 1.129.566.574 de Barranquilla

T.P. No. 185.144 del C.S.J. agomez@ompabogados.com

AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS

C.C. No 1.140.857.895 de B/quilla. T.P. No 267.222 del C.S. de la J. aniebles@ompabogados.com

EDUARDO ALVARADO CONTRERAS

C.C. No 9.102.704 de Cartagena. T.P 117.403 del C. S. de la J. juridicoscaribe@gmail.com MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS ANILLO

C.C. No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia T.P. No 302.665 del C.S. de la J. mgonzalez@ompabogados.com

LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO

C.C. No. 72.259.725 de Barranquilla T.P No. 201.206 del C.S. de la J. Isanchez@ompabogados.com

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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 bajola 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, sí 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



Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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 representen 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 ó 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; I) 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 presenter conflictos de interés en decisiones que tengan que tomar los Accionistas, Directores, Administradores y en general los funcionarios de la Sociedad. En todo caso la autorización de la Asamblea General de Accionistas sólo podrá otorgarse cuando el acto no perjudique los intereses de la Sociedad; r) Ejercer las demás funciones que le asignen o deleguen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. (Escritura Pública 4875 del 2 de diciembre de 2021 Notaria 5a de Bogotá)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Alberto Carrillo Buitrago Fecha de inicio del cargo: 01/01/2022	CC - 79459431	Presidente
David Leonardo 0tero Bahamon Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 91514879	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Claudia Marcela Sánchez Rubio Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020	CC - 65745726	Cuarto Suplente del Presidente
Álvaro José Cobo Quintero Fecha de inicio del cargo: 10/02/2022	CC - 14898861	Quinto Suplente del Presidente
Rafael Andres Velez Peñarete Fecha de inicio del cargo: 28/12/2021	CC - 80757549	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales

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

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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

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

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



Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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

ece en este de la company de l "De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto

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







		CERTIFICA	DO DE REHABIL	ITACIÓN I	NTEGRAL		
ECHA DE REM	ISION	1	ENTIDAD REN	UTENTE		SIZULU P	- ,
the State of the S	AD QUE REMITE	MEDICINA LA			SE REMITE /	517014 P	12
		1	INFORMACIÓN DEL				
OMBRES/APE	LUDOS	marti	- 11		CEDULA	13653	34688
EDAD)				
AÑOS)	ESTADO CIVIL		AREA DE DOCEN				
FECHA DE	VINCULACION AL M	1AGISTERIO		TIEMP	O EN LA ACTIVIDA		CIE-10
2	DIAGNÓSTICO		CIE -10	-1	DIAGNOSTICO)	C/E-10
choo	do Gra	ne blown	+355	1		-	
				-			
-				1	PRONG	STICO (SEÑALE C	ON "X")
	DE SECUELAS						NO
BUG	Consens				FAVORABLE	ACEPTABLE	FAVORABLE
J-de	s del	innts					7
-tm	is del	7					7
0	wws						1
		HABILITACIÓN Y	O CURATIVOS TERMI	NADOS			
Perr	marent.						
COMPLICACI	ONES:						
N	Cumo						
1.0	man						
INFORMACIO	ÓN DEL PROFESIONA	L RESPONSABLE	^				
NOMBRE Y	APELLIDOS: Tre	y to cre	che. Yapr	U	CHA:	A	
ESPECIALIDA	10: Ps.gr	unde	le les		Yajaira	Hreyte Urech	e .
N*. REGISTR	O Y/O TARJETA PRO	FESIONAL:			Med		
		venida Lihed	dor No. 13-12 PI	BX 436611	1 Ext. 102	/	
	A O-bulca	cu@clinicage	neraldelnorte.con	Santa M	arta – Colomb	oia	
	Saidu-O	Cultaronnious	J				





	CERTIFICA	DO DE REHAL	BILITACIÓN	INTEGRAL	4	
FECHA DE REMISION	2	ENTIDAD R	EMITENTE	11.11	PSI CO	TE '
ESPECIALIDAD QUE REMITE	MEDICINA LAI		LIDAD DONDE	SE REMITE	151000	2554
3.00	medicina Da	INFORMACIÓN D		17.7		0
NOMBRES/APELLIDOS	CARME	VMARTINE		2 CEDUL	A. 365	34688
(AÑOS) 64 ESTADO CIVIL		AREA DE DOCE			DINA-CW.	
FECHA DE VINCULACION AL N		AMEN DE DOGE	TIEME	O EN LA ACTIV	/IDAD (años)	
DIAGNÓSTICO	AND TENIO	CIE -10	77	DIAGNOSTI	ICO	CIE-10
Trastorno Estres po	strometer		Poisoc	lio dep	resivo	F322
11001011-0 0311-03 100	J. Harriage	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	gruve	Sin Sin	tomas.	
			125/6	eticos.		
		The state of	1	PROI	NÓSTICO (SEÑALE	
DESCRIPCION DE SECUELAS		100	da l	FAVORABLE	ACEPTABLE	NO FAVORABLE
lapte presenta li ansieded, panis minusvalia, depres	200 de 1	vento haw	musico	4		×
in ple preservice in	o chein	n franza 1	hsamnia			
annesto la land	ina (Manto	Sull vive	monta	,		
minosocial acores	Or Charle	(ACT) TES	717 6-1 6-1		•	
COMENTARIOS						
COMENTATIOS						
TRATAMIENTOS CONCLUIDOS (EST	UDIOS COMPLEMI	ENTARIOS, PROCED	IMIENTOS Y RE	HABILITACIÓN	1) 51	NO X
psicologica li la pto no deb	clente ndividu e expo	debe se al v f nerse a	amilia Situaci	asists.	ento a estresa	ntes.
FECHA PE TRATAMIENTOS DE REHA	BILITACIÓN Y/O C	URATIVOS TERMIN	ADOS		Settle Land	
Junio 6	le 20	19.				
001110	-					
COMPLICACIONES:	1 Desa	~ 00.	10.0	nientac	ion x	las
la paciente fechicas cogr	ritivas	Conduct	vales	dea	frontan	iento
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL RI	FSPONSABLE	The state of the		77	1000	
NOMBRE Y APELLIDOS: MOZ		70 VD	FECHA:			
ESPECIALIDAD: PSICOlogi		J / - ,	FIRMA	Nini Arley/	Mozo Gaerder	ia .
N*. REGISTRO Y/O TARJETA PROFESIO		33.		Ψ PSIO R.P. 47	CÓLOGA - UCC 2120 - T.P. 11983	3

Avenida Libertador No. 13-12 PBX 4366111 Ext. 102 <u>salud-ocu@clinicageneraldelnorte.com</u> Santa Marta – Colombia



HISTORIA CLINICA AMBULATORER

2019/07/26 11:39:15

Pagina No 1

Historia Clinich33853			Identificación	36534688	
pellido(s) y Nombre(s CARMEN CECILIA M.	ARTINEZ HOYER				
Fecha de Nacimiento 1956/01/01	Lugar de Nacimiento	Sexo FEMENI	Edad 63 AÑO(S)	Estado Civil UNION LIBRE	Ocupacion
Direccion CALLE 27A #18A-35 CA	TALINA2000	Telefono 4206403		Ciudad	
II.DATOS DE LA	CONSULTA ha de Atencion 2019/07/26 Me		2		
Motivo de la Consulta CONTROL Enfermedad Actual	na de Atención 2019/07/26 Me	GICO RAFAEL JOSE P	EREZ RADA.	Especialidad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGI.
	MBRO CON LESION BURSIT	IS Y TENOSINOVITIS	DLEL SUPRAE	ESPINOSA EMG DEL	REPSOTRA TUUNEL DELA CAPR

NU F

HISTORIA CLINICA AMBULATOR.

2019/07/26 11:39:15 Pagina No 2

AMEN FISICO					
ion Arterial: 0/0	Frecue	ncia Respiratoria	0	Frecuencia Cardiaca	0
Peso 65 Talla 158	Perime	etro Abdominal	0	Temperatura 36.00	
VII. IMPRESION DIAGNO	OSTICA				
Diagnostico Principal	G560	SINDROME DEL	TUNEL	CARPIANO	
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL	MANG	UITO ROTATORIO	
Diagnostico Relacionado2	M658	OTRAS SINOVIT	IS Y TE	NOSINOVITIS	
Diagnostico Relacionado3					
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO F	REPETII	00	
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA			
Causa Externa	13	ENFERMEDAD (GENER	AL	
Plan de Manejo	GABAP TRAMI	ETIN Y FISIOTER	ROPAI TAB	FISITRA VAL ESP DE MAN	NO



Ua Compromiso con la Vida

CALIDEZ E INNOVACIÓN

NE 690 102 768-5

NOMBRE: CARMEN CECILIA MARTINES HOYER 63 Años

EDAD:

ESTUDIO: ECOGRAFIA HOMBRO DERECHO

NUMERO: ENTIDAD:

36534688 FER SANTA MARTA

FECHA

Julio/18/2019

TENDÓN DE LA PORCION LARGA DEL BÍCEPS: el tendón es ecogénico, de topografía, morfología y ecogenicidad normal, sin presencia de fluido peritendineo, así como tampoco se observa alteraciones de la unión míotendinosa.

TENDÓN SUBESCAPULAR: de topografía, morfología y ecogenicidad habitual, sin presencia de imágenes que sugieran roturas, el cual pasa por debajo de la apófisis coracoides, y no se observan alteraciones en su inserción en la tuberosidad menor del humero.

TENDON DEL REDONDO MENOR: de topografía, morfología y ecogenicidad habitual, sin presencia de alteraciones significativas.

TENDON DEL SUPRAESPINOSO: Cambios intrasustancia en el espesor de las fibras del tendón, sin signos de ruptura.

TENDON DEL INFRAESPINOSO: de topografía, morfología y ecogenicidad habitual, sin presencia de alteraciones significativas.

LIGAMENTOCORACOACROMIAL: de topografía y morfología habitual.

BURSA SUBACROMIOSUBDELTOIDEA Y CORACOIDEA: Bursitis subdeltoides.

LABRUM: los labrum anteriores y posteriores así como las escotaduras son de aspecto ecografico usual. SISTEMA MUSCULAR: Las porciones musculares visualizadas son de topografía, morfología y ecogenicidad habitual

La piel y el tejido celular subcutáneo no presentan alteraciones.

Contornos óseos sin alteraciones

IDX:

1-BURSITIS SUBDELTOIDES

2-TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO

Dra:

ANDREA ESCANDON VEGA. MD. RADIOLOGO-IMAGENOLOGO.

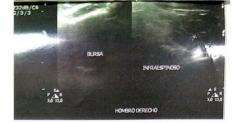
RM.57290989

Transcribió: P L

ial ubc'cltoir ras son : abit

Arrive dad

Avenida Libertador No. 22 - 08 Tel: 4200493 - 4204037 Ext.: 105 Fax: - 4204052 Ext.: 103 imágenes.del.norte@hotmail.com Santa Marta - Colombia









Escaneado con CamScanner

ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE



890102768 CRA 48 NO. 70-38

ARHSclyFoPdf2 Pag: 1 Fecha: 25/10/19 G.etareo: 14 *36534688

Or HISTORIA CLINICA No. CC 36534688 -- CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER Empresa: OCGN - MAGISTERIO MAGDALENA R6

Afiliado: MAGISTERIO Fec. Nacimiento: 01/01/1955 Edad actual:64 AÑOS

Sexo: F Teléfono: 3105082114

Grupo Sanguineo: Dirección: CALLE 27A N 18A 31

Estado Civil: Unión Libre

Barrio: SANTA CATALINA 2000

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA (DISTRITO TIONIDE DE CIÓN: Profesores de instituciones de educación superior Etnia: Ninguno de los Anteriores Nivel Educativo: PROFESIONAL

Grupo Etnico:

Ninguno de los anteriores Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN:

010105 CONSULTA EXTERNA OCGN

Edad 64 AÑOS

FECHA 25/10/2019 09:52:39

TIPO DE ATENCION

AMBULATORIO

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR EN LAS MANOS Y SE ME DURMEN

ENFERMEDAD ACTUAL

REFIERE LA PACIENTE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 1 AÑO DE EVOLUCION DE PARESTESIAS EN AMBAS MANOS , NO ASOCIADO A TRAUMA , EN TTO CON FST Y MEDICAMENTOS CON LO CUAL MEJORA, NO HAY ESTUDIOS

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXTREMIDADES SUPERIORES: DURKAN POSITIVO MANO DERECHA, PHALLEN POSITIVO AMBAS MANOS

ANALISIS Y PLAN

DIAGNOSTICO G560 SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

Tipo PRINCIPAL

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA

ANALISIS

PACIENTE CON SIGNOS DI SIDE TUNEL DLE CARPO NO HAY ESTUDI O DE EMG MAS VNCD. SE SOLICTAN ESTUDIOS Y CITA CON ESULTADOS

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA DE LA MANO

Fecha de Orden: 25/10/2019

OBSERVACIONES RESULTADOS:

> CARLOS ALBERTO MORALES VELA Reg. 116218/200 CIRUGIA DE LA MANO

> > Usuario: 1140822646



ORG. CLINICA GENERAL DEL NORTE

Un Compromiso con la vida

PTE. REGIMEN ESPECIAL

PROGRAMA MAGISTERIO MAGDALENA AVENIDA LIBERTADOR No 13-12 TEL. SANTAMARTA

ORIGINAL

ORDEN DE REMISIONES A ESPECIALISTAS No. 200 100 700 A

36534688 Identificacion:

Orden No: 28242827 Cargo No: 26479407 Historia Clinica No: 36534688 3105082114 CALLE 27A #18A-35 CAT Telefono: Paciente: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOY Direccion: 2019/12/21 63 AÑO(S) MAGISTERIO MAGDALENA Fecha: Programa: Edad: SINDROME DEL TUNEL CARPIANO Tipo Afiliado: COTIZANTE Diagnostico: G560

Codigo Descripcion Justificacion Cant

890402 CIRUGIA DE LA MANO 1 CONTROL 2 MESES

Observaciones:

Prestador: CLINICA GENERAL DEL NORTE S A

KRA 48 # 70 -38

3091666

MÉDICO QUE ORDENA Nombre: CARLOS MORALES VELA Especialidad: CIRUGIA DE LA MANO

RECIBIDO

Registro Medico: 72198213 FIRMA PACIENTE

Nota: La ilegibilidad, el diligenciamiento incompleto o la inconsistencia en la información de esta solicitud son causales de devolución de la misma. Orden Valida por 30 Dias Impresa Por: gonzalezs 2019/12/21 12:12:36



ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE

890102768

CRA 48 NO. 70-38

[AROrdIntr] Fecha: 20/12/19

Hora: 08:13:55

Pariente: CC 36534688

CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER 64 AÑOS

Urgente?

Fecha inacimiento: 01/01/1955 00:00:00 Edad: Sede: CONSULTA EXTERNA OCGN

Realizar en

Página: 1

Empresa: OCGN - MAGISTERIO MAGDALENA R6 Pabellon: CONSULTA EXTERNA CGN

Cama:

Sexo: FEMENINO

FECHA ORD. MEDICA: 20/12/2019 08:04:12

Folio: 7

Diagnostico: G560 SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

DIAGNOSTICOS ACTUALES

Código	Descripción	Clase
G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	PRINCIPAL

VALORACIONES Y CONTROLES

Código	Desc	ripción
133	CIRUGIA DE LA MANO)

Profesional

CARLOS ALBERTO MORALES VELA Reg. Med. 116218/2000 CIRUGIA DE LA MANO



UKGANIZACIUN CLINICA GENERAL DEL NUKTE

890102768 CRA 48 NO. 70-38

ARHSch/FoPdf2 Pag: 1 Fecha: 20/12/19 G.etareo: 14 *36534688

HISTORIA CLINICA No. CC 36534688 -- CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

FECHA 20/12/2019 08:04:12

Empresa: OCGN - MAGISTERIO MAGDALENA R6 Fec. Nacimiento: 01/01/1955 Edad actual:64 AÑOS

010105

Afiliado: MAGISTERIO

Teléfono: 3105082114

Sexo: F Grupo Sanguineo:

TIPO DE ATENCION

Estado Civil: Unió

Barrio: SANTA CATALINA 2000

Dirección: CALLE 27A N 18A 31

Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA (DISTRITO TUDO DE DECIÓN: Profesores de instituciones de educación superior

Etnia: Ninguno de los Anteriores Nivel Educativo: PROFESIONAL Discapacidad: NINGUNA

Ninguno de los anteriores Grupo Etnico: Atención Especial: NO APLICA Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

AMBULATORIO

SEDE DE ATENCIÓN:

CONSULTA EXTERNA OCGN

Edad 64 AÑOS

FOLIO SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

REPORTE DE EXAMENES

ENFERMEDAD ACTUAL

TRAE REPORTE DE EMG MAS VNCD QUE REPORTA MODERADO PARA DERECHA Y LEVE IZQUIERDA , COMPRESION DEL MEDIA EN EL TUNEL DEL CARPO . NO TTO EN LA ACTUALIDAD

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXTREMIDADES SUPERIORES: DURKAN POSITIVO MANO DERECHA

ANALISIS Y PLAN

DIAGNOSTICO G560

SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

Fecha de Orden: 20/12/2019

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA DE LA MANO

OBSERVACIONES

RESULTADOS:

REALIZADO POR: CARLOS ALBERTO MORALES VELA -- CIRUGIA DE LA MANO

PLAN - TERAPEUTICO

SE DAN ORDENES PARA FST Y FERULAS CITA EN 2 MESES

CARLOS ALBERTO MORALES VELA

Reg. 116218/200 CIRUGIA DE LA MANO

Escaneado con CamScanner



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

Carmen Cicilio Mondmez Hayer Cladd Direction actual Coule Direction Direction Coule Direction Direction actual Coule Di	1. Datos Generales	en en man in en seksystette til at have brinden til	CALIF	terest de control de la co	17,613,000
Edad Direction actual Calle 37 A	Nombre completo del Asegurado	11	3 / c	3//100	a Contraction
Caulle 37 A \$ 18 N-31 18 L Cataling 200 Saulta Horfa 310508211 Caulle 187 A \$ 18 N-31 18 L Cataling 200 Saulta Horfa 310508211 En caso de fallecimiento, edad al morir Directiva Docente Amparo por el que desea reclamar Vida O Rentas O incapecidad total y permanente & Entermedades Graves O Accidentes Personales O Gastos Médicos O 2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Es INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXAMENES DE DIAGNOSTICO. Causa C Lugar Fecha O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Sulcidio Dé un informe detallado de los hechos: Lugar Fecha O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Sulcidio Dé un informe detallado de los hechos: India de diagnóstico por un médico S Intermo de evolución de esta enfermedad S India de diagnóstico por un médico S Intermo de evolución de esta enfermedad O S - 2 8 - 20 9 Fecha re 21 / 20 9 Fecha re 21 / 20 9 Fecha re 20 21 S. Otros antecedentes del asegurado Tibrizon plan S India Roma del Tunel con punto Intermo Si un enfermedad S IN NO. Indigue el nombre de su E.PS. Indigue el nombre de cui E.PS. Indigue el nombre de cui E.PS. Indigue el nombre de decenica se especialistas gue ha consultado en relación con su entermedad o accidente: Especialidad Direction Trelle Nini Hoso Tour Percipe Cludad Teléfono Indigue el nombre dirección y ciudad de su médico habitual Direction Tour Percipe Cludad Teléfono Indigue el nombre dirección y ciudad de su médico habitual Direction Trelle Nini Hoso Tour Percipe Cludad Teléfono Indigue el nombre dirección y ciudad de su médico nabilitual Direction Trelle Company Percipe Cludad Teléfono Indigue el nombre dirección y ciudad de su médico nabilitual Direction Telefono Indigue el nombre dirección y ciudad de su médico nabilitual Direction Sunta Hoso Tour Percipe Cludad Teléfono Especialidad Direction Sunta Hoso Tour	Carmen Ceallo, Moinmez	Heyer			
Directive Docente Amparo por el que desea reclamar Vida O Rentas O incapacidad total y permanente & Enfermedades Graves O Accidentes Personales O Gastos Médicos O 2. Detailles del accidente , enfermedad o fallecimiento 2. Detailles del accidente , enfermedad o fallecimiento Causa Lugar Fecha O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Suicidio Dé un informe detaillado de los hechos: 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consultó pop primera vex a un médico en relación con su enfermeda Co S - 28 - 2019 1. Fecha de diagnéstico por un médico Co S - 28 - 2019 1. Cotros antecedentes del asegurado Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci con su enfermedad Pi brio monere di receio del ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama de monere dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama d	Edad Direction actual	21 11-1 Cotalina	2 m Santa Hou	Ta 31050	92114
Directive Docente Amparo por el que desea reclamar Vida O Rentas O incapacidad total y permanente & Enfermedades Graves O Accidentes Personales O Gastos Médicos O 2. Detailles del accidente , enfermedad o fallecimiento 2. Detailles del accidente , enfermedad o fallecimiento Causa Lugar Fecha O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Suicidio Dé un informe detaillado de los hechos: 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consultó pop primera vex a un médico en relación con su enfermeda Co S - 28 - 2019 1. Fecha de diagnéstico por un médico Co S - 28 - 2019 1. Cotros antecedentes del asegurado Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci cor penno. Indome. del Fi brio monelegio. Sindomo del tunci con su enfermedad Pi brio monere di receio del ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama de monere dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama del combre, dirección y ciudad de la IPS, que lo allende regularmente Ciunama d	Ocupación habitual	En caso de falle	cimiento, edad al morir		Marie Control
Amparo por el que desea reclamar Vida O Rentas O incapacida total y permanente & Enfermedades Graves O Accidentes Personales O Gastos Médicos O Z. Detalles del accidente, enfermedad o fallecímiento Es INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXAMENES DE DIAGNÓSTICO. Causa O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Sulcidio De un informe detallado de los hechos: S. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda O 5 - 28 - 2019 S. Tiempo de evolución de esta enfermedad O 5 - 28 - 2019 S. Tiempo de evolución de esta enfermedad O 5 - 28 - 2019 Telepo de evolución: Tiempo de evo		LOS GO GOOD DOWN			
Rentas Incapacidad total y permanente Enfermedades Graves Accidentes Personales Gascies Medices	Amparo por el que desea reclamar				
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa Causa Lugar Lugar Fecha Accidente OEnfermedad OHomicidio OSuicidio Dé un informe detailado de los hechos: Si es enfermedad; ¿en qué fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda fecha de diagnóstico por un médico. S. Tiempo de evolución de este enfermedad of Si en ma 21/2019 — En ero — 2021 S. Otros antecedentes del asegurado Fi brume (1/2019 — En ero — 2021) S. Otros antecedentes del asegurado Fi brume (1/2019 — En ero — 2021) S. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad of Si NoO Lugar Tiempo de evolución: Lesta recibiendo tratamiento por esta enfermedad of Si NoO Lugar Tiempo de evolución: Lugar Tiempo de evolución: Lugar Fi brum 21/2019 Fi brum 2/2019 Fi brum 2/2019 Fi brum 2/2019 Tiempo de evolución: Lugar Fi brum 2/2019 Fi brum 2/2019 Fi brum 2/2019 Fi brum 2/2019 Tiempo de evolución: Lugar		Enfermedades Graves O	Accidentes Personales ()	Gastos Médicos	0
Causa O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Sulcidio De un informe detallado de los hechos: 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermedad 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermedad 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermedad 1. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si en en presento a enfermedad? Si en verguesta se afirmativa, indique cual Enguire may, Fisiochia, Sicologica, Ordopedia. 1. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si en verguesta se afirmativa, indique cual Enguire may, Fisiochia, Sicologica, Ordopedia. 1. Lesta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si es verguesta se afirmativa, indique cual Enguire may, Fisiochia, Sicologica, Ordopedia. 1. Lesta recibiendo es us E.P.S. 1. Lesta recibiendo es activa es a enfermedad? Para Esta enfermedad? Si en en en enfermedad? 1. Lesta recibiendo es especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: 1. Lesta recibiendo es especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: 1. Lesta recibiendo es especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: 1. Lesta	2. Detalles del accidente , enfermedad o fallecimiento	ES INDISPENSABLE ADJUNTA	R HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMEN	ES DE DIAGNÓSTICO).
Causa O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Sulcidio De un informe detallado de los hechos: 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermedad 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermedad 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermedad 1. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si en en presento a enfermedad? Si en verguesta se afirmativa, indique cual Enguire may, Fisiochia, Sicologica, Ordopedia. 1. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si en verguesta se afirmativa, indique cual Enguire may, Fisiochia, Sicologica, Ordopedia. 1. Lesta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si es verguesta se afirmativa, indique cual Enguire may, Fisiochia, Sicologica, Ordopedia. 1. Lesta recibiendo es us E.P.S. 1. Lesta recibiendo es activa es a enfermedad? Para Esta enfermedad? Si en en en enfermedad? 1. Lesta recibiendo es especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: 1. Lesta recibiendo es especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: 1. Lesta recibiendo es especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: 1. Lesta		er a Van ar menger i de arromer en gebroeke. Et greitbelde.	e anatom was as a second section.	Fecha	
De un informe detailado de los hechos: 1. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda		Lugar			AAAA
S. Si es enfermedad; Len qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó pos primera vez a un médico en relación con su enfermeda Techno 21/2019. 5. Fecha de diagnóstico por un médico S. Tiempo de evolución de esta enfermedad Pero Pero Pero Pero Pero Pero Pero Pero	O Accidente O Enfermedad O Homicidio O Suicidio				
4. Fecha de diagnóstico por un médico 0.5 - 28 - 20.9 F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 5. Otros antecedentes del asegurado F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 F	Dé un informe detallado de los hechos:				
4. Fecha de diagnóstico por un médico 0.5 - 28 - 20.9 F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 5. Otros antecedentes del asegurado F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 F					
4. Fecha de diagnóstico por un médico 0.5 - 28 - 20.9 F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 5. Otros antecedentes del asegurado F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 F					
4. Fecha de diagnóstico por un médico 0.5 - 28 - 20.9 F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 5. Otros antecedentes del asegurado F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 F				commence of the second	w
4. Fecha de diagnóstico por un médico 0.5 - 28 - 20.9 F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 5. Otros antecedentes del asegurado F. 6 nm 21/2019 - E nem - 2021 F	3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas?	En qué fecha consultó pos	primera vez a un médico en i	elación con su ent	ermedad
OS-28-2019 Fibriomolyco - Sindromo del tunel corpeano Indrame. del manguito rotalario Tiempo de evolución: I, Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIG NO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo, Fistolaria, Sicologica, Orlapedia. Si su respuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo, Fistolaria, Sicologica, Orlapedia. Si su respuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo, Fistolaria, Sicologica, Orlapedia. Si un despuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo esta firmativa. Si un despuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo esta firmativa. Si un despuesta es afirmativa. Si un despuesta de la Inguia monte de consultado en relación con su enfermedad o accidente: Si del grimo freción de la consultado en relación con su enfermedad o accidente: Si del grimo freción con especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Especialidad M.M. Jagnos Pa Ciudad Teléfono Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Si funte general del Nonce Si funte del Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fecha de lagreso Fecha de Salida Teléfono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de lagreso Fecha de Salida Teléfono Ciudad Teléfono Fecha de lagreso Fecha de Salida		tebrem 21/2	019	MARKET SUCCESSION OF THE SUCCE	REPORT COURS
OS-28-2019 Fibriomolyco - Sindromo del tunel corpeano Indrame. del manguito rotalario Tiempo de evolución: I, Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIG NO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo, Fistolaria, Sicologica, Orlapedia. Si su respuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo, Fistolaria, Sicologica, Orlapedia. Si su respuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo, Fistolaria, Sicologica, Orlapedia. Si un despuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo esta firmativa. Si un despuesta es afirmativa, indique cual Inguia mo esta firmativa. Si un despuesta es afirmativa. Si un despuesta de la Inguia monte de consultado en relación con su enfermedad o accidente: Si del grimo freción de la consultado en relación con su enfermedad o accidente: Si del grimo freción con especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Especialidad M.M. Jagnos Pa Ciudad Teléfono Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Si funte general del Nonce Si funte del Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fecha de lagreso Fecha de Salida Teléfono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de lagreso Fecha de Salida Teléfono Ciudad Teléfono Fecha de lagreso Fecha de Salida	4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de	evolución de esta enfermed	ad (11 2 20		PART TO S
is otros antecedentes del asegurado Fibrio monlegue — Sindrome del Tunel corpiono Indrame. del Fibrio monlegue — Sindrome del Tunel corpiono Indrame. del Fibrio monlegue — Sindrome del Tunel corpiono Indrame. del Fibrio monlegue — Sindrome del Volta Sicologia. Orbopedia. Si su respuesta es afirmativa, indique cual Esquia man, Fibrio fria Sicologia. Orbopedia. Si su respuesta es afirmativa, indique cual Esquia man. Si nultique el nombre de su E.P.S. Cinnico Genera del Norta Es afillado & Beneficiario O Indique el nombre. dirección Ciudad de la I.P.S. que la allande regularmente Cinnico An Aira profico. Jindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Ciuda Jense de la I.P.S. que la allande regularmente Ciuda Tendro Tendro Tendro Indique los montres Tendro	05-28-2019 Febr	en 21/2019 -	E new - ZU	~ 	V1023346
manguite rotatorio Tiempo de evolución: 1. LEsta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIS NO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Enquire Mar. Fiscaloria, Sicologica, Orlopedia. Si numbre de su E.P.S. C/1/12 CO GENERA DEL NOTE Es afillado SE Beneficiario O Indique el nombre, dirección ciudad de la I.P.S. que lo allande regularmente C/1/11 CO GENERA DEL NOTE C/1/11 CO GENERA	5. Otros antecedentes del asegurado		7 4		-/
Image de evolución: J. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIS NOO. J. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIS NOO. J. Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIS NOO. J. Indique el nombre de su E.P.S. L. Indique el nombre de su E.P.S. L. Indique el nombre de su E.P.S. L. Indique el nombre, dirección Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente L. Indique el nombre, dirección Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente L. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual J. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: L. Indique el nombre de les haces accidentes esta	Fibriamoleia - Sindrame d	el Tunel car	beam - 2nd	mme o	
Sisu respuesta es afirmativa, indique cual Engric Ma. Fiscología Ortopedia. Sisu respuesta es afirmativa, indique cual Engric Ma. Fiscología Ortopedia. Sisu respuesta es afirmativa, indique cual Engric Ma. Fiscología Ortopedia. Sindique el nombre de su E.P.S. Sindique el nombre de su E.P.S. Sindique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo altende regularmente Cinnica da Hilagrasa Cinnica da Hilagrasa Cinnica da Hilagrasa Jose de hace cuánto tiempo? Jose de	.10 11 .	Tiempo de evolución:			
Si su respuesta ea afirmativa, indique cual Equication, Tratativa, Indique cual Englishment de Maria M		× NoO			
Simulatus el nombre de su E.P.S. CINIL CO. GENERAL ALE NOTE. CIUDAN TELE NOTE. CIUDAN TELEFONO CIU	7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta emerinado.	o. Fisio his	Sicologia C	Hopeden	
Si Indique el pombre de su E.P.S. (1/1) C. Q. (1/1) C	Si su respuesta es afirmativa, indique cuai	,	0 /		
Dirección Ciudad Dirección Dirección Ciudad Dirección Ciudad Dirección Dirección Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección		CONTRACTOR DESIGNATION OF THE PERSON OF THE	PROPERTY AND PROPE	substructive more factors	TAXOTES
Clivica da Magrista Dindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Dindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Dirección	8. Indique el nombre de su E.P.S.		Fragueta 🍣	Description of the last of the	
Clivica da Magrista Dindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Dindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Dirección	clinico. general del	Norte	Es alillado 🔗	Belleficiano	
Clivica da Magrista Dindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Dindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Dirección	9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo ati	lende regularmente		a slidy of comprised control in the wife	1
Nombre Especialista que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Especialidad 41. Sugnos Fac. Ciudad 7 feléfono Insección 5 nulle de 20 I Saul Percipo. Suchuait 300 2028 7 Especialidad 7 feléfono Dirección 5 nulle 4 percet aut Percipo. Ciudad 7 feléfono Olivico 4 percet aut Percipo. Ciudad 7 feléfono 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad 1 feléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad 7 feléfono Rombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida	clinica fa Milagrosa	TO THE REPORT OF THE PARTY OF T	Doede hace cuánt	tiemno?	
Nombre Especialista que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Especialidad 41. Sugnos Fac. Ciudad 7 feléfono Insección 5 nulle de 20 I Saul Percipo. Suchuait 300 2028 7 Especialidad 7 feléfono Dirección 5 nulle 4 percet aut Percipo. Ciudad 7 feléfono Olivico 4 percet aut Percipo. Ciudad 7 feléfono 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad 1 feléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad 7 feléfono Rombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida	0. Indique el nombre, dirección y cludas de su medico habit	2 ./ : 6-	· 1 = 1 - 1	· · ·	
Nombre Dirección Trise que la contro Hospitalario Nombre Dirección Cintico de contro Hospitalario Dirección Cintico de contro Hospitalario Dirección Ciudad Ciudad Teléfono Sault Unit Society Tolor Perciro Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Dirección Ciudad Teléfono Perciro Dirección Ciudad Teléfono Perciro Ciudad Teléfono Perciro Ciudad Teléfono Perciro Ciudad Teléfono Percha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Percha de Ingreso Fecha de Salida	dr: Jojaino. Freille - Wini 19020	relación con su enfermedad	o accidente:	3 -	12 MIN 18
Nombre Are: Tahaira Freulle Dirección Insecor - Ar Siberlador f 15-61 Dirección Dirección Dirección Dirección Ciudad Dirección Dirección Ciudad Teléfono Especialidad Totophe - Mr. Sabora Teléfono Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida	1. Indique los médicos o especialistas que na consumado en	AND THE PROPERTY OF STREET, ST			contractions are
Dirección To Secar - Ar dibertador f 15-61 Sante Ularte 300 2028 7 Nombre Dirección Dirección Nombre del Centro Hospitalario Precha de Ingreso Fecha de Salida	Nombre 77				and the same
Dirección To Secar - Ar dibertador f 15-61 Sante Ularte 300 2028 7 Nombre Dirección Dirección Nombre del Centro Hospitalario Precha de Ingreso Fecha de Salida	Ar: Jahoiro Freulle			a ra	
Nombre 1 Nini Ho 20		7-71		Teléfono	777
Nombre 1 Nini Ho 20	Insecar - Ar. tiberador +	15 - 61 Description of Mark District Advisory States		300 202	8 +5
Dirección Cinyles geneal del Norce Seult Wasts 300 57 490 2. Si fue tratado en un Centró Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Teléfono Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida	Mambro			111	
Dirección Inica general del Nace Bush Want, 300 57 490. 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad Teléono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléono Fecha de Ingreso Fecha de Salida		- PERITO-	or coupe.	- MA. 796	one
2. Si fue tratado en un Centre Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Pecha de Ingreso Ciudad Teléfono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Pecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Pecha de Ingreso Fecha de Salida		12.5		Telefono	A STATE OF THE STA
Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección O MM AAAA D MM AAAAA D MM AAAAAA D MM AAAAA D MM AAAAA D MM AAAAA	Clinico deneral oll	10 pice	Durch Warts	300574	904
Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección O MM AAAA D MM AAAAA D MM AAAAAA D MM AAAAA D MM AAAAA D MM AAAAA	2 Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:				
Dirección Ciudad Teléfono. Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Dirección Ciudad Teléfono.		N. C.	TO STREET, AND DESCRIPTION OF THE PARTY.	CONTRACTOR OF THE CO.	ZANOO O BE
Dirección Ciuded Teléfono Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida	Nombre del Centro Rospitala lo			where the party was a second party of the land of	the special section of the last
Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Diam Ann Ann Diam	Pleaselán	Control of the Contro		-	AAAA
Disection AAAA DD 188 AA	Direction	and the same of th	Cludad	Teléfono	Mary L
Disection AAAA DD 188 AA	Nombre del Centro Hospitalario	ALCOHOLD SACTOR SACTOR	TOTAL POPULATION OF THE PARTY O		
Dirección	, HUMBIG GO. DAMES	the state of the second		Fecha de Sa	
Cludad					lida
	Dirección	STATE STATE OF THE		10.15	Consultation of the sales

mientos Quirúrgicos (Detallar)	
tamientos Médicos (Detallar) Figuiotrio - Seologia	- Fisiolia - Ortoficia
Trajano ele mano questro - Fulpu. habilitación (Detallar)	
riabilitación (Detailer)	
A see the control of	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1
Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiemp SiQ No Ø	o no trabaja?
Copy 25 Departure of the copy	
En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:	
Nombre Parentesco Cédula C	orreo Electrónico Firma
Nombre Parentesco Cédula Comp. Part 3.793.360 6	etty blanco martinez @g.mil.com Reynau
Nombre Parentesco Cédula C	orreo Electrónico Firma
Betty Cecitio Blanco Hortinz Hijo. 36.724.008 be	ty blanco martnez @g. mil. Con Delf I
Nombre Parentesco Cédula Co	orfeo Electrónico
naldo de Lesis Blamo Hanez - H10 84.455.099 m	undo blano martnez @ g.mal. Com Reyna porreo Electrónico
Nombre Parentesco Cédula Communication de la Communicación de la C	wolfblono martinez@g mint con Rey &
Nombre Parentesco Cédula Co	orreo Electrónico Firma
Atricio Honico Madrez Hayer - Hermona 36.557.572 P	m.m. hoyer @ hotmail, con takeco. My
Envio de correspondencia. Favor indicar el lugar de envio de correspondencia	,
ombre 2 - 2 - 7	Teléfono
Cormen Cealio MorTinez Hoyer	3105082114
Dirección 27 A f 18 A - 31 Usb. Catalina 200	Cludad Gauta Horta
carmen martinezhoger 1955 @ g.mai	(, com

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPANÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, NICLUYENDO MI HISTORIA CLINICA COMPLETA, BIENA TRAVÉS TODA LA INFORMACIÓN MEDICA QUE MENTRAS TAL DELOS 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 TENGACONTRATADOS.

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

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

carmen martinez hoyer 1955@q mail As

Lugar y Fecha Santa Moirta



Huella

Parem 1 Manual of Firms del Asegurado C.C. No. 36 334688 54

Firma del Beneficiario reclamante C.C. No.

(96	SOLICITUD - CERTIFICA Seguro de Vida			PO	LIZA GR-	2
BOLIVAR	Seel Viene	DE	2 Lives	, _	337	(.
TOMADOR: EDUCADORES DE COLOMBIA	EL CÓDIGO PA	30 E	NDOSO/FACTURA	No. SOLC./C	ERTIF. PR	ODUCTO DO
PERIODICIDAD PAGO NOMBRE DEL ASEGURAL VILLEW C. Y	SCHOLES HOYER	1	36 / 34 6			NACIMIENTO
7 DIRECTORA WA	14 -0 14007	190	DIRECCIÓN O DA	A + 18.	A - 34	
MAGD. STA WITH . LEY	RE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO A UABO A BIANCO	SEG.) C	OCUMENTO DE ID	BOD SHIP	FECHA 6 O	NACIMIENTO 3'40
SEXO OCUPACIÓN TELÉFICIONES TEL	FONO OFICINA LOCALIDAD		1368 B	CHA EXPEDI	A -	69
Que el Tomador tiene contratada con la Compañ	CERTIFICAM					
 Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. acepta que su diligenciamiento sea el correcto y no se or se reserva el derecho de aceptación individual de generales de la póliza, de 15 días a partir de la fech a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - C 	igine devolución del documento y cada solicitante para lo cual teno a de recibo de éste documento, pa	se naya	pagado la primera p	orima. La Con	npañía de Seguro	s Bolívar S.A
ASEGURADO PRINCIPAL	100		CÓNYUGE (egurado)	
V/R ASEGURADO SOLICITADO \$40	, Ca		ADO SOLICITADO \$	30.	OD. Q	20
VIGENCIA DESDE O9 03 03	a 2) a	A HASTA	D / M	/_A_	A LAS 4:00 F	ν.м.
NOMBRE DEL BENE	A WALLO LEART	NEZ	SOBRI	20	Val.	10
BETY CORIGA BLANCO ELINATOO DE J. DIT DELICEURO ECULIONI	DIPATINEZ BULA DIPULA ROADIO DANCO FORDO	E2 ·	PARENTESO HIJA ESOOSO HIJO	0	VOL.	73 73
ENEFICIÁRIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO	7-7		17700		1,000	1000
NOMBRE DEL BENE	FICIARIO		PARENTESC	0	CALIDAD	%
BETY CERICID ISPAN REYNATOO DE J. BIR DEGLULOUDO E. BIR	CZ FFOYER DEU HAZNUE DUCO KORNIU DEO KORNIU	3 2 2 2 .	HIJA HIJO HIJO	A	YOL.	3333
AMPAROS	ASEGURADOS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	EDAD	TASA (X 1	000) PR	IMA (\$)
VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	ASEGURADO PRINCIPAL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG	URADO)	69.	757) 30.	000 ·
			Р	RIMA TOTA	L \$/5	.V701
IPORTANTE: La declaración de asegurabilidad guna, hasta tanto la declaración de asegurabilid veraz para evitar sanciones de nulidad.	ad del asegurado principal y	su cónyi	ige, si se asegura	ı, haya sido s	suscrita en form	na completa
ismo asegurado bajo esta misma modalidad, ha	ista un valor asegurado acum	ulado ma	áximo de \$	COC	os de vida toma	idas por un
more del intermediario o Razón social	DATOS DE INTERMED	ACION	12	aco Intermediad		
ma sin comisión IVA	Comisión	-		ase Intermediario predor Valor Total	Agencia	Correo
UH ADRADE Span	01100	Peyna	No Blan	eo Bell	La Maria) el
FIRMA AUTORIZADA MPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. C.C. ASEGU	RADO PRINCIPAL 8 8 5 COLOR	et_	CÓNYUGE	2	REPRESENTANTE	LEGAL

FIRMA AUTORIZADA OMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR 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 01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá Desde Celular o Avantel *122

REPRESENTANTE LEGAL COMPANIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

430	DI	10		6	
SEGU	med to	2	41 6	2	7
BC	LÍ	VA	3 -6	×3)	12
		NI	100	0	0

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO

POLI	ZA	GF	₹-
	5	5	fa

OMADOR: PLAN	TEL	CÓDIGO PAGO	ENDOSO	/FACTURA	No. SOLC./CERTIF.		исто
DUCADORES DE COLOMBIA					241680º	VID	9
ERIODICIDAD PAGO NOMBRE DEL ASEGURA ONLINE O	DO PRINCIPAL SETTUEZ	Hoyee	36V		88	FECHA NA	CIMIEN
DIRECTORA W	ÉFONO OFICINA VAI 30	420479	9 6	PIRECCIÓN	1 - 18A -	34	
1A60 STA WITH LEY	WABO A	IGE (SEGUNDO ASEG.) . Blaveo Bl	DOCUME	NTO DE IDE	360	FECHA NA	142
CO OCUPACIÓN TEL	FONO OFICINA	LOCALIDAD No.	DECLARAC 4136		CHA EXPEDICIÓN	CÓD, INTER	-
cerit.		CERTIFICAMOS					
Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. acep que su diligenciamiento sea el correcto y no se se reserva el derecho de aceptación individual generales de la póliza, de 15 días a partir de la fe a cuyo nombre se expide la presente Solicitud	origine devoluciór de cada solicitanto cha de recibo de é	n del documento y se ha e para lo cual tendrá un	ya pagado plazo segúi	la primera p	rima. La Compañía di ido en la cláusula di	de Seguros I uinta de las o	Bolívar S
ASEGURADO PRINCIPA		3	cć	NYUGE (Segundo Asegura	do)	
R ASEGURADO SOLICITADO \$	nm	F V/R ASEG		LICITADO \$	70 0	n 100	5
IGENCIA DESDE ON 103 103	A LAS 4:00 F	P.M. VIGENCIA HA	STA	D / M	- A	LAS 4:00 P.M	1.
NEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL THE	VA DAN	O REARTING	2 5	OBRIK	10 Va	l.	10
NOMBRE DEL BEI	EFICIARIO		P	ARENTESC	O CALI	DAD	%
SETY CECILIA EXACTO	D1011	DUCZ.	805	MA	V(DL.	24
ZEYNATBO DEJ. B	AUCO 1	CAUNUED	. 7	400		0(.	3
LEGI LECUSO ECLICIANI	DAVE	DECADANCE	3	HOJO	. \/	a.	OV
NEFICIÁRIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURAD	0)	7	-				
NOMBRE DEL BEN	EFICIARIO ,		_ P	ARENTESC	O CALI	DAD	%
ALKED U. CLADIO	163 HE	1466	53	200	0 10	06.	21
DETY CECICIO 1914	NOU KI	EBUMSAPO	7	TUA	. \	ol.	DV'
REYNAIBO DE J. B	AUCO 1	COOPINEZ	1	7,50	. (1)C.	21
LEGILLEUDO E. DE	ace 1	ODENOE2		HUC	D. V	06.	W
AMPAROS		ASEGURADOS	, F	DAD	TASA (X 1000)	PRIM	A (\$)
IDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENT	. ASEGURAD	O PRINCIPAL	1/	6	100	130.1	m
NDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTA ON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	L	(SEGUNDO ASEGURAI	00) 6	9.	100	22 · V	120
				Р	RIMA TOTAL	\$/2.	VDY
PORTANTE: La declaración de asegurabilida una, hasta tanto la declaración de asegurab							

			DATOS DE II	NTERMEDIACIÓN			
No	ombre del intermediario o Razón social	Olles (XIARIN ,	TOA	Clase Correc	Intermediario	Correo
Pr	ima sin comisión	IVA		Comisión		Valor Total	
0	BOBBOUT HIM	Lan	un G. Huly	To Keyna	do Blanco	Bules	us .
0	FIRMA AUTORIZADA OMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.	C.C. ASEGU	RADO PRINCIPAL 8	SONO	3-793360		ITANTE LEGAL GUROS BOLÍVAR S.A.
(Compañía de Seguros Bolíva	ar S.A.	Carrera 10 Nº 16	6 - 39 A.A. 4421	Atenc	ción al Cliente Telé	fono Verde

Nit 860.002.503-2 www.segurosbolivar.com

Conmutador 341 00 77 Fax 283 07 99 Bogotá D.C., Colombia.

01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá Desde Celular o Avantel *122



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO

No. DE	CLARACIÓN
	541368
No. PÓL	ZA/CERTIFICADO ALA GUALACCEDE
	241680

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

ادا	1111	idestro Telefono Verde 9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá, desde Celular o Avantel *122 o con su asesor de seguro
	Y de	nacido el día ol del mes del año 56, identificado con 00 No. 36/30/66 e Sh. hele en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, on quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:
3001		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.
		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.
	exp date com de "	itero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo oresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestras historias clínicas y a todos aquellos os que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para inpartir con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas in sociedades Bolívar S.A. "toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales on el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún pués de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de mercio.
		Compañía de Seguros Bolívar S. A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o pués de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de ptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).
1	Para lel a	a constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a losdías del mes de Occiente de

Firma del Asegurado: K

Doc. de Ident. : Chi



Huella indice derecho

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 Avantel *122



¡MUY IMPORTANTE!

TORRES GUARIN Y CIA. LTDA. su Agente de Seguros, se complace en felicitarle por su buena decisión al haber adquirido las bondades de un producto que a través de los años se ha posicionado como uno de los mejores y más favorables seguros de vida a nivel nacional.

Usted y su familia son muy importantes para nosotros y por esto queremos prestarle un eficiente servicio y para ellos ponemos a su disposición todo nuestro esfuerzo e infraestructura desarrollada durante más de veinticinco (25) años de trabajo para que usted y su familia no se sientan aislados en el momento que nos necesiten: OFICINA PRINCIPAL MANIZALES: PBX (6) 8865353 - 8831215 ANSERMA: (Caldas):Telefax: (8) 534605. BARRANQUILLA: (5) 3415430 Telefax: (5) 3510511. LA DORADA: (Caldas): Telefax: (6) 8572373. FLORENCIA: (Caquetá): (84) 351259. IBAGUE: Telefax: (82) 615494. MEDELLIN: Telefax: (4) 2316361. NEIVA: Telefax: (88) 711107. PASTO: Telefax: (27) 7235284. SANTAFE DE BOGOTA: (1) 2865758 Telefax: (1) 2845537. VALLEDUPAR: Telefax: (5) 5601966. TUNJA: Telefax (8) 7424631. RIOHACHA: (5) 7282803 YOPAL: (8) 6354630 SAN ANDRES: (8) 5128784

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

Ningún relacionista o promotor nuestro está autorizado para recibir dineros por ningún concepto.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA

SOLICITO A: TORRES GUARIN Y C	IA. LTDA.
QUE EL DESCUENTO PARA MI SEC	GURO DE VIDA SEA A PARTIR
DEL MES DE TECHER	2
POR VALOR DE \$59500	
PARA UN VALOR ASEGURADO DE:	
PRINCIPAL	CONYUGE
\$40 000 000	\$30.000
Atentamente, X Jarune &	Harlif H
0.9136034	588 / /

NOTA: NO FIRME si no se indica claramente el mes de inicio del descuento, los Valores Asegurados y el valor de la prima mensual.

EDITORIAL ZAPATA-MANIZALES

SEGUROS BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO EDUCADORES DE COLOMBIA

	-						
Fecha de expedición	Loca	lidad de radicac	ion		No. Solic./Ce	rtif.	Póliza GR-
Producto		intermediario			701		5579
I vida - 710	cou.	13101	THE REAL PROPERTY.		705	5802	
Vigencia desde A las 24	horae	Vigencia	hanta Al	04 6			
1001 MOY	AZ01		M M	as 24 h	A		e asegurabilida
Tomador	1001	/		DI		053305	
Solvendores de	colon	object		Plantel	N /:	eo del	
Z WOCCOUNT & CA	CCC	0,-1	4		2. 110	co ac,	501.
os generales del asegurado						4.	
1er apellido	2do a	pellido		Nomb	re(s)	The State of State of	
Martinez	7	468	10		nen ce	cilici	
Tipo y No. de documento	100	Fecha de exped			pedición		
C.C. Ø C.E. O 36 - 534	1.6801	AN MO A		1	1 7		ha de nacimier
Lugar de nacimiento	returnment of the State Control of the Control of t	and the second s		K(I)	arta	M ○ F Ø @	M 147
	- Control of the Cont	cionalidad	Estado civil	Deliner.			
Santamarta	Statement of the second	mbjano				Viudo O Divorciad	
E-mail	Celular	I DONE I	eléfono residenc	ia	Dirección res	sidencia 181	
0		132168					-3/
Ciudad de residencia	Departa	mento a /ena	Dirección d	le corr	espondencia	-1	Same and the
Januaria	maga	LI /C //CI	eatte 2	1-1	N= 1811	31.	
Docente.	INDEPEN		alariado 🍼 Estudi scripción de la act	tividad (económica princ	ipal (CIIU) _ 80)
Empresa donde trabaja	1 CIV			Cargo	que desempeñ:	a lov	
Dirección del trabajo	7 501	01-1-1			ordina		
Burrio manzanari	3	Ciudad	wanti			Teléfono	
Servidor Público			rsos Públicos		Done	ona públicamente	
SÍ 🛇 NO 🔾		SÍ O NO			I Sí C		reconocida
dTiene vínculos familiares con	una person				31 (NO Q	
SÍ O NO OF							
51 O 110 Og							
mación financiera Total Activos							
mación financiera	20 a 50 millones	○ 50 a 100 millones	☼ 100 a 200 millon	es O	200 a 500 millones	más de 500 millos	es O
mación financiera Total Activos	20 a 50 millones	50 a 100 millones		es 🔘	200 a 500 millones	más de 500 millon	es ()
mación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos							
mación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos	*5000000	Marien a			200 a 500 millones 200 a 500 millones	más de 500 millon	
Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos No tiene menos de 20 millones Total Ingresos	*5000000	50 a 100 millones	O 100 a 200 millone		200 a 500 millones	más de 500 millon	es O
Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos No tiene menos de 20 millones Total Ingresos	20 a 50 millones	50 a 100 millones					es O
Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos No tiene menos de 20 millones Total Ingresos No tiene 0 a 1 millón Total Egresos	20 a 50 millones	○ 50 a 100 millones Ø 3 a 5 millones	100 a 200 millone 5 a 10 millones		200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millon más de 20 millone	es O
Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos No tiene menos de 20 millones Total Ingresos No tiene 0 a 1 millón Total Egresos No tiene 0 a 1 millón	20 a 50 millones 1 a 3 millones 1 a 3 millones	 50 a 100 millones 3 a 5 millones 3 a 5 millones 	O 100 a 200 millone		200 a 500 millones	más de 500 millon	es O
Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos No tiene menos de 20 millones Total Ingresos No tiene 0 a 1 millón Total Egresos	20 a 50 millones 1 a 3 millones 1 a 3 millones	 50 a 100 millones 3 a 5 millones 3 a 5 millones 	100 a 200 millone 5 a 10 millones		200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millon más de 20 millone	es O
Total Activos No tiene menos de 20 millones Total Pasivos No tiene menos de 20 millones Total Ingresos No tiene 0 a 1 millón Total Egresos No tiene 0 a 1 millón Concepto de otros ingresos no	20 a 50 millones 1 a 3 millones 1 a 3 millones	 50 a 100 millones 3 a 5 millones 3 a 5 millones 	100 a 200 millone 5 a 10 millones		200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millon más de 20 millone más de 20 millone	es O



Info

	No. Solic./Certif.	()	Póliza GR-
eneficiarios asegurado principal	7058	02	55 +
Nombra dal banefisionia			
To Betty Cecilia Blanco martine?	Hi) u Calidad	vol	%
Fegnaldo de Jesus Blanco nientine?	H1910	Vel	2
Regnondo Emiliani Blanco mentinez	11/10	VOT	- 2
itos del cónyuge Tania Eloisa Ramos martin	et-Schring .	VO1.	2
1er apellido 2do apellido Nombre(s)	Tipo de doc	umento	
Blanco Bula Reynuklo A,		.03.793	360
Fecha de expedición documento Lugar de expedición Sex			gar de nacir
	FO 105 08 /	OULS T	rlagen
Nacionalidad E-mail Estado civil			
oclombiano Soltero O Casac	do 🗞 Separado 🔾 Div	rorciado () Unid	in libre (
Teléfono residencia Dirección residencia Ciudad o	de residencia	Departame	
B005732168 ealle Z7AN=184-31 San	Jamar / a	magd	
Dirección de correspondencia Profesión	Ocupación actual		DEPENDIE
Calle 274 Nº 184 -31. Ing. Civit.	Asalariado & Estudiante	Pensionado C	Ama de casa
INDEPENDIENTE Descripción de la petividad económica de la conjunta de la conjunt	Empresa donde trak	paja Cargo	que desemp
Descripción de la actividad económica principal (CIIU)	_TPROESA (to	a Tary	· CIVI
ividad económica			
Profesión Ocupación actual			
Ingenter DEPENDIENTE Asalariado Es	studiante O Pensionado O	Ama de casa 🔾	
CTV21. INDEPENDIENTE Descripción de la	actividad económica princi	pal (CIIU)	2 /
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña		
Discoulds delayed t	Ingenien	O CIVI	
1 (4017441010		Teléfono	
Servidor Público Maneja Recursos Públicos	I		
Servidor Público Maneja Recursos Públicos	I	Persona públicar	mente recon
Servidor Público Sí NO dTiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?	I		nente recon
Servidor Público Sí NO NO Sí NO NO Sí NO NO Sí NO	I	Persona públicar	nente recon
Servidor Público Sí NO dTiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?	I	Persona públicar	mente recon
Servidor Público Sí NO Si NO NO Si NO	I	Persona públicar	mente recon
Servidor Público Sí NO NO NO TOTAL Activos No tiene menos de 20 millones 20 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 g	I	Persona públicar SÍ NO ()	
Servidor Público Sí NO Si Sí NO Si Sí NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO NO Si NO NO NO Si NO NO NO NO Si NO Si NO NO NO Si NO		Persona públicar SÍ NO ()	
Servidor Público Sí NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO NO Si NO NO NO NO tiene Menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones Mo tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 100		Persona públicar SÍ NO O	nes O
Servidor Público Sí NO	millones 200 a 500 millones	Persona públicar SÍ NO O	nes O
Servidor Público Sí NO	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones	Persona públicar SÍ NO O	nes ()
Servidor Público Sí NO TOTAL Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo	nes ()
Servidor Público Sí NO NO Sí NO TOTAL Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 100	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo	nes O
Servidor Público Sí NO TOTAL Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 500 millo más de 20 millona	nes O
Servidor Público Sí NO	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 500 millo más de 20 millone	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones nes 10 a 20 millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone	nes O
Servidor Público Sí NO NO Total Pasivos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones nes 10 a 20 millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO S SÍ NO C d'Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C rmación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 m Total Pasivos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 m Total Ingresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 3 a 5 millones 5 a 10 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 3 a 5 millones 5 a 10 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 3 a 5 millones 5 a 10 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 1 millón al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 200 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 3 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al a 200 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al 200 m Total Egresos No tiene al 200 millones al 200 millones 100 a 200 m Total Egresos No tiene al 200 m Total Egresos	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones No. T. crédito Cód. Emple	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO Sí NO Sí NO C dTiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C Tración financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 50 a 100	millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 20 millono más de 20 millono Enti	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO	millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone Enti	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO	millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone Enti	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO Sí NO Sí NO Citiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO Citiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO Citiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 50 a	millones	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone Enti	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones No. T. crédito Cod. Emple	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone Enti	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO S SÍ NO S d'Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C rmación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 100 a 20	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones No. T. crédito Cod. Emple Calidad Tipo de docum C.C. C.E. C.E.	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone Enti	nes O es O es O
Servidor Público Sí NO S SÍ NO S d'Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C rmación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 100 a 20	millones 200 a 500 millones millones 200 a 500 millones nes 10 a 20 millones No. T. crédito Cod. Emple	Persona públicar SÍ NO O más de 500 millo más de 20 millone más de 20 millone Enti	nes O es O es O

C.C. C.E. T.I.

C.C. C.E. T.I.

No. Solic./Certif.

Póliza GR-

2DA COPIA: INTERMEDIARIO



No. DECLARACIÓN
053305

No. PÓLIZACERTIFICADO A LA CUAL ACCEDE
705802

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

SEGURO DE VIDA GRUPO

40: Caronen Cecilia Hortinez Hoyer	, mayor de edad, domiciliado en Santa Marta
nacido el día <u>SX</u> del mes <u>O1</u> del año <u>56</u> ,	identificado con CC No. 36534488 de San la Herta
	epresentación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

- 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.
- 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 consecuencial.
- En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
- No tenemos limitación física ni mental alguna.
- 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 ó 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. C. granero del Morte	Nombre de su medicina prepagada	- 0 -
Para constancia de lo anterior, se suscribe del año 201 [.	el presente documento a los_	15 días del mes de Fibrero

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: January Harting of ryel

Doc. de Ident. : ____ No. 36.534.688 State



Huella índice derecho





SOLICITUD -, CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO EDUCADORES DE COLOMBIA

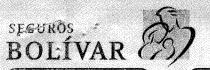
Tipo y No. de documento C.C. O C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 South Macionalidad Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Soltero Casado V Separa E-mail Celular Celular Teléfono residencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Ocupación actual Esper en Perio y Sunta Macionalidad Estado civil Soltero Casado V Separa Teléfono residencia Dirección de correspondencia Nogal Colla 27 A H DEPENDIENTE Asalariado V Estudiante O Pensi INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen	Cocho Sexo MOFSO O Viudo O Divorco Sn residencia 18A-3)	Fecha de nacimient DI O ^M I No iado () Uniónlib
Plant Possible Triegral Frantei F. D. generales del asegurado ler apellido 2do apellido Nombre(s) Molfred Hoyer Tipo y No. de documento Fecha de expedición Lugar de expedición CC. O C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Sunta Mathematica Dirección de nacimiento Nacionalidad Estado civil Soutro Col Soltero Casado V Separa Teléfono residencia Dirección de residencia Departamento Dirección de correspondencia Dirección de residencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de la actividad económ Dependiente Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Dirección del trabajo Ciudad Condición de la actividad económ Condición del trabajo Ciudad Condición del trabajo Ciudad Condición del trabajo Ciudad Servidor Público Maneja Recursos Públicos SI O NO O	Cocife Sexo MOF Divorce on residencia 18 A - 3)	Fecha de nacimient DI O ^M I No iado () Uniónlib
Tipo y No. de documento CC. D C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Surfa Mala lugar de expedición Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Souto Casado (V Separa Teléfono residencia Dirección de residencia Departamento Ciudad de residencia Profesión Ocupación actual Es per en persona públicamente reconocida?	Sexo MOFSO do O Viudo O Divorción residencia 18 A - 3)	Öl Ö'l Ni iado ○ Uniónlib
Mocherica Tipo y No. de documento C.C. D C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 South Mah Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Southo Mocho E-mail Celular Celular Teléfono residencia Departamento Dirección de correspondencia Who 1976 Southo Mah Coludad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Who 1976 Southo Mah Lugar de expedición Coludad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Who 27 A H Independiente Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Cordo Dirección del trabajo Ciudad Descripción de la actividad económ Cordo Cordo Servidor Público Maneja Recursos Públicos Si Q NO 0 Si O NO 0 A Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?	M ○ F № (do ○ Viudo ○ Divorc ón residencia 18 A - 3)	Öl Ö'l Ni iado ○ Uniónlib
Tipo y No. de documento C.C. O C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Surfa Uniformation Nacionalidad Estado civil Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Sourfa Col Soltero Casado Separa E-mail Celular Teléfono residencia Dirección de correspondencia Ciudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Nacionalidad Estado civil Col Soltero Casado Separa Teléfono residencia Dirección de correspondencia Nacionalidad Estado civil Ciudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Nacionalidad Estado Cultar Ciudad de conómica Profesión Ocupación actual Es per en periodo DEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Condicionalidad Ciudad Condicionalidad Estado Ciud	M ○ F № (do ○ Viudo ○ Divorc ón residencia 18 A - 3)	Öl Ö'l Ni iado ○ Uniónlib
C.C. Q C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Surfa Mark Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Sourfa Nacionalidad Estado civil Soltero Casado V Separa E-mail Celular Teléfono residencia Dirección de correspondencia Octudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Mogd Casla 27A H ad económica Profesión Ocupación actual Esper en Peda por DEPENDIENTE Asalariado V Estudiante O Pensi INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen J.F. D. Poundo Servidor Público Maneja Recursos Públicos SI Q NO O SI O NO V ¿Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	M ○ F № (do ○ Viudo ○ Divorc ón residencia 18 A - 3)	ÖI Ö¹I N
Lugar de nacimiento Sun fu Col Solitero Casado Separa E-mail Celular Celular Teléfono residencia Dirección de correspondencia Ciudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Nogl Coll C	do O Viudo O Divorción residencia 18 A - 3) Inado O Ama de casa O	iado 🔵 Uniónlit
Cludad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Dirección del trabajo Ciudad Dirección del trabajo Ciudad Dirección del trabajo Ciudad Dirección del trabajo Ciudad Servidor Público Maneja Recursos Públicos SÍ O NO O Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	on residencia	
Profesión Ocupación actual Profesión Ocupación actual DEPENDIENTE INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Ciudad Ciudad Ciudad Ciudad Ciudad Ciudad Servidor Público Servidor Público Si () NO () Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	18A −3)	8A-31
Profesión Columbia Profesión Coupación actual ESPEC en Porta DEPENDIENTE INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Condo Dirección del trabajo Ciudad Condo Servidor Público Servidor Público Si (NO	nado Ama de casa	
Profesión Ocupación actual Espera en Perda de DEPENDIENTE Asalariado Sestudiante O Pensis INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Dirección del trabajo Ciudad Espera Condiciones Servidor Público Maneja Recursos Públicos Si O NO O SI O NO O Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?		
¿Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	Teléfono Persona públicamente re	econocida
	si O NO 🔗	
ición financiera		*
Total Activos Notiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 5	i0 millones 🔘 más de 500 n	nillones ()
Total Pasivos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 50		
No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 50 Total Ingresos	0 millones 🔵 más de 500 m	sillones ()
No tiene O 0 a 1 millón	millones 🔵 más de 20 mi	llones ()
No tiene O a 1 millón V 1 a 3 millones O 3 a 5 millones O 5 a 10 millones O 10 a 20	and the second s	. ^
Concepto de otros ingresos no operacionales	nillones 🔘 más de 20 mi	llones ()



Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10 Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421 • Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com 2DA COPIA: INTERMEDIARIO

hojados asegurado princip					Póliza GR-
Nombre del beneficiario		Paren	itesco	Calidad	<i>5</i> 5२२ %
Betty action Permato de Sesu Permatos milita sdel conxuge	Blanco Mul 13 Bluves A wo Blance	ratius ratius tus	4170 1470 1490	yd Ud UgL	33 33 34
Ter apellido R Jovco	2do apellido		ombre(s) Uso Antonio	Tipo de documento	3,793.360
Fecha de expedición docu	umento 158	Lugar de expedición Cochage	Sexo	Fecha de nacimiento 05 03 194	Lugar de nacimien
Nacionalidad (Io L	E-mail	Estado Soltero		Separado Divorciao	
Teléfono residencia	Dirección resider		Cludad de resider	cia Loctu	Departamento Maya 4
Dirección de corresponde 18 + AFS allus		Profesión Inq coll		pación actual lariado N Estudiante	DEPENDIE Pensionado Ama de casa
INDEPENDIENTE Descripción de la activ	idad económica prir		E	mpresa donde trabaja	Cargo que desempeña
dad económica					
Profesión I My. CRUPL		ación actual NDIENTE Asa	ilariado 💢 Estudiant	Pensionado (Ama	de casa 🔘
	INDE		scripción de la activi	dad económica principal ((· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Empresa donde trabaja	4			jo que desempeña En gamillo O GV	H
Dirección del trabajo		Cludad		ngenter O CIV	Of the Control of the Agents of the Control of the
Servidor Público		Maneja Recursos	Públicos	Person	na públicamente reconocida
SI O NO Q		sí 🔾 NO	X	SI C	
Tiene vinculos familiares o	con una persona public	camente reconocida?			
SÍ ONO OV					
			en van en van vlan ei verene en		
nación financiera Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill	ones 50 a 100 millone	25 100 a 200 millone	s 200 a 500 millones (más de 500 millones
nación financiera Total Activos Notiene menos de 20 o Total Pasivos					
nación financiera Total Activos Notiene					más de 500 millones más de 500 millones
Total Activos Notiene menos de 20 o Total Pasivos No tiene menos de 20 o Total Ingresos No tiene 0 0 a 1 millón		ones O 50 a 100 millone			
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones	100 a 200 millone 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones
Total Activos Notiene menos de 20 menos de	millones \$\infty 20 a 50 mill \$\infty 1 a 3 millon \$\infty 1 a 3 millon	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones	100 a 200 millone 5 a 10 millones	200 a 500 millones (más de 500 millones 🔘
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon 1 a 3 millon s no operacionales	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones	100 a 200 millone 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones
Total Activos Notiene menos de 20 a Total Pasivos No tiene menos de 20 a Total Ingresos No tiene 0 0 a 1 millón Total Egresos No tiene 0 0 a 1 millón	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon ro operacionales Convenio con	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones	5 a 10 millones 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon 5 no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones	5 a 10 millones 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene menos de 20 menos de	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon 5 no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza	5 a 10 millones 5 a 10 millones No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill (A) 1 a 3 millon (B) 1 a 3 millon (C) 2 a 3 millon (C) 3 millon (C) 4 a 3 millon (C) 5 a 4 a 3 millon (C) 6 a 5 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones Crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad

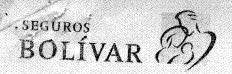
		L			5579	
1er apellido 2do apellido	Nombre(s)		Tipo de docu	0		
Fecha de expedición documento Lugar de expedición D M A	n Sexo M ○ F	0	Fecha de nacir	niento A	Lugar de nacim	iento
Nacionalidad Profesión Dependiente					e de la companya de	
bjø3	The second secon	***************************************	38.	Protesta de la companya de la compa		**************************************
1er apéllido 2do apellido	Nombre(s)		Tipo de docu	Contraction of the Contract Contract Co		
Fecha de expedición documento Lugar de expedición D M A	Sexo		Fecha de nacin	niento :	Lugar de nacimi	lento
Nacionalidad Profesión		E vigor				
Dependiente						***************************************
Amparos para el asegurado principal	Edad		segurado	÷	Al Park	
Vida Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembració		80.0	aoo	Tasa (x 100 57)	3 461	DATES TO STORY
Incapacidad Total y Permanente Enfermedades Graves	····· 60		<u> </u>	5		<u>600</u> 000
Últimos Gastos	wasika siya sawang si pinga					
Amparos para el cónyuge. Vida	Edad		segurado	Tasa (x 100)	Control of the Contro	ima SQ
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembració Incapacidad Total y Permanente	*****					
Enfermedades Graves Últimos Gastos	H	-				
Amparos hijos Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembraci	ión e	No. de Hi	jos asegurados	Prima por	r hijo Total Prima	Hijos
Incapacidad Total y Permanente DOCE MILLÓNES DE PESOS (\$12.000.000) M y Enfermedades Graves SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE.	W/CTE	1				
				TOT	FALPRIMA S 2	<u>50</u>
1. Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolíva. 2. Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en el que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo c de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este document nombre se expide la presente solicitud - certificado. MPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de segurad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma compesponsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado.	Ila de la(s) persona(s) I documento y se hay cual tendrá un plazo se co, para notificar al Tor ro. La presente solicitud-co pleta y veraz para evitar sa egurado bajo esta misma m	a quien(e a pagado gún lo est mador la r ertificado no nciones de r rodalidad, ha	es) como asegurado o la primera prima, rablecido en la cláu no aceptación en el o tendrá validez alguna nulidad. Así mismo, la C esta un valor asegurado	La Compañía de sula quinta de la seguro del (de , hasta tanto la decl compañía de Seguro acumulado máximo	e Seguros Bolívar S./ as condiciones gener los) solicitante(s) a c laración de asegurabili- os Bolívar S.A. limitará su	A. se rales cuyo
 El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza certifica que este último. Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguren serán s 	us padres en partes igna	les				



4 AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Título número	Valor a Desconta	ar \$825∞) x con	IPAÑÍA BOLÍVAR	NIT	
	Vator en letras:	cohomisms and a networks		CAPITALIZA	CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.		
Número Póliza		Localidad Localidad	-	COMPAÑÍA I	COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. 86		
(8037 14)	Intermediario	317 (O Radicació	, 254	SEGUROS C	COMERCIALES BOLÍVAR S.A.	860.002.180-7	
DATOS DE LA CUENTA	* Sólo para segur	os de vida					
CÓDIGO ENTIDAD FINANCIERA NO	MBRE ENTIDAD FIN	IANCIERA Fed destata	Le	CIUDAD Su	uta Marta		
NÚMERO DE LA CUENTA O TARJETA	DE NIT DE LA	EMPRESA	CANAL DE DESCU	JENTO		uotas para tarjeta	
CRÉDITO A DEBITAR			01 TARJETA DE	CRÉDITO 03 CT/	A AHORROS de crédito Póliza mensual:	1 mes	
	CODIGO D	E LA LIBRANZA	02 CTA, CORRI	ENTE 10 TAIB	PANZA Póliza semestral Póliza anual: má	máximo 6 meses	
DATOS DEL CUENTAHABIEN	ITE TAD IETA	UADIENTE O EMDI E	ADO LIBRANZA	LLIN	POliza anual, ma	XIIIU 12 Meses	
					na ann an Aireann an A		
DATOS DEL TITULAR DE LA SI ES COMPARTIDA RELACION		CÉDULA NIT C ESPECIFICAR	TROS [ום	IRECCIÓN	Millian Francisco	
Comes Contro	PRINCIPAL		Lean	Calle 27 A = 18A - 31			
2 Maxxon Hou	461						
CIUDAD	٠	TELÉFONO			E-mail:	W. Carlotte and Co.	
1 South Net	•	3005732168	·	-0-			
(2			*	- 19 (19 (19 (19 (19 (19 (19 (19 (19 (19			
SI DE ACUERDO CON LAS COND MODIFICACIONES EN SU COBERT						SE INCLUYAN	
ECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETI	<i></i>				IDICADAS AL RESPA	LDO	
		i AAAA MM					
CIUDAD Y FECHA 02/12/2014	Souther Ma	<u>*</u>					
1a. FIRMA Course C 146	regot	e dita					
	58 SK						
2a, FIRMA		Street, T		24 - 24 - 24 - 24 - 24 - 24 - 24 - 24 -			
cédula					and the second		
FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE L	A CUENTA,			RESALTE EN ALTO	DRELIEVE		

Nota: El cuenta habiente, tarjeta habiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.



No PÓLIZA/CERTIFICADO A LA CUAL ACCEDE

	DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO
	cido el día 01 del mes 01 del año 55, identificado con a No. 36,534688 Sastillata
	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 en la circumientos o intervenciones en la circumiento de la

- o tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
- En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
- No tenemos limitación física ni mental alguna.
- 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 ó 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 Bolivar 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	UTN	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Nombre de su	u medicina prepagada	
Para constancia de lo	anterior,	se suscribe	el presente	documento a los 2	días del mes de Darembre
del añozory.			•		cias del mes de TY 670MV PIE

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: Parace Q Harling of

Doc. de Ident. 3634688No. Sante Warta



Huella indice derecho







OIV-13905-1

Bogotá, 14 abril 2021

Señora:

CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

Calle 27a 18a 31 Urb Catalina 2000 cacemar01@hotmail.com 3105082114 Santa Marta(MAGDALENA)

Póliza No: 2541080371409

Asegurado: CARMEN CECILIA

MARTINEZ HOYER

Reclamación: 25410000523

Cordial Saludo.

En atención a la reclamación presentada, queremos informarle que se realizó el estudio de los documentos aportados por la cobertura de **Incapacidad total y permanente**, queremos informarle que se realizó el estudio de los documentos aportados, encontrando que no es posible realizar pago alguno, por las siguientes razones:

El anexo de incapacidad total y permanente establece:

"CONDICION PRIMERA. - DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE LE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR TRES (3) O MÁS DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEFINIDAS ASÍ:

ASEO PERSONAL: CAPACIDAD PARA LAVARSE EN EL BAÑO O LA DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA Y SALIDA DE LA MISMA) O DE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SÍ MISMO.

VESTIRSE: CAPACIDAD PARA PONERSE, QUITARSE, ATARSE Y DESATARSE TODO TIPO DE PRENDAS, Así COMO APARATOS ORTOPÉDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS.

COMER: CAPACIDAD PARA INGERIR POR SI MISMO LOS ALIMENTOS, UNA VEZ PREPARADOS.

HIGIENE: CAPACIDAD PARA USAR UN SANITARIO O PARA LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA.

MOVILIDAD: CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACIÓN A OTRA EN SUPERFICIES PLANAS.

TRASLADOS: CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS Y VICEVERSA.



OIV-13905-1

DICHA INCAPACIDAD DEBE EXISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS Y NO HABER SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL Y E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS DE INCAPACIDAD.

PARÁGRAFO: NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SECONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA POR DISFONÍA. PARA TAL EFECTO EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR COPIA COMPLETA DE LA CALIFICACIÓN Y LOS DOCUMENTOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD COMPETENTE.

Teniendo en cuenta lo anterior, la **COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen en el contrato de seguro y lamentablemente debe negar la reclamación presentada.

En consecuencia, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., en aplicación de las normas que regulan el contrato de seguro, no procede el pago solicitado.

Esperamos contribuir a su tranquilidad y a la de su familia. Agradecemos la confianza depositada en nosotros y recuerde que ante cualquier inquietud podrá comunicarse a través del #322 o de nuestro chat en www.segurosbolivar.com.

Cordialmente.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones

Indemnizaciones Seguros de Vida

ylm

SEGUROS	SOLICITUD - CERTIFICAD			POLIZ	A GR-	3
BOLIVAR	SEGURO DE VIDA	DE G	RUPU	,	107	7.
TOMADOR: PLAN	VICIOL) E		No. SOLC./CERTIF		ODUCTO
PERIODICIDAD PAGO NOMBRE DEL ASEGURA			The state of the s	241680		DA
PERIODICIDAD PAGO NOMBRE DEL ASEGURA	PARTURZ HOURS	D	36.1.36	PP	FECHA D /	NACIMIENT
SEXO OCUPACIÓN TEL	ÉFONO OFICINA TELÉFONO RE	SIDENC	CIA DIRECCIÓN	1 .0 .	010	1 10
	1/1/30 42047	, ,	01274	, 0,,	34	
UAGO STA UM. DEY	BRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO AS WADO A. BLANCO	B(1/2	OCUMENTO DE IDE	NTIDAD B60	5 O	NACIMIENT
SEXO OCUPACIÓN TELE	FONO OFICINA LOCALIDAD		I368 B	HA EXPEDICIÓN		69
cerit.	CERTIFICAMO	S	10	10 00	-	
 Que el Tomador tiene contratada con la Compa Que la Compa fía de Seguros Bolívar S.A. acept que su diligenciamiento sea el correcto y no se se reserva el derecho de aceptaci fín individual o generales de la p fías a partir de la fec a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - 	ará la inclusión en ella de la(s) person prigine devolución del documento y s le cada solicitante para lo cual tendra ha de recibo de éste documento, para	na(s) a q e haya	uien(es) como asegu pagado la primera pr	ima. La Compañía	de Seguro	s Bolívar S
ASEGURADO PRINCIPA	L		CÓNYUGE (S	egundo Asegur	ado)	
//R ASEGURADO SOLICITADO \$40 00) (U) " V/RAS	SEGURA	DO SOLICITADO \$	30.00	D.N	γ
VIGENCIA DESDE OY 103 103	A LAS 4:00 P.M. VIGENCIA	HASTA	_D / M		LAS 4:00 F	P.M.
NEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL THE	IA DAMO MARTI	UEZ	SOBRIC	U VO	u.	10
NOMBRE DEL BEN			PARENTESCO	CAI	IDAD	%
EUNATO DE J. BIENCO REUNATO DE J. BI REU CERNA EURO EUROAN	O CHAITINEZ BULA AUCO KOALTINE BLANCO E CANTI	2 ·	ESPOSC #100	> 4	06.	73
NEFICIÁRIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO	0)	- 7	17700		, , ,	I ONLY
NOMBRE DEL BEN	EFICIARIO		PARENTESCO	CAL	IDAD	%
BEIG CERICIO DE J. BI DEGLULUDO E. BI	UCU HAZIOUEZ PUCO ROBINUEZ PUCO ROBINUEZ	2	ESPOSA HIJA HIJO HIJO		OC.	3333
AMPAROS	ASEGURADOS	18 F 45 F	EDAD	TASA (X 1000)	PRI	IMA (S)
IDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTA ON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	, ASEGURADO PRINCIPAL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGUI	RADO)	60.	750	30.	000
			PE	IMA TOTAL	6/2	in
PORTANTE: La declaración de asegurabilida guna, hasta tanto la declaración de asegurabili eraz para evitar sanciones de nulidad.	d forma parte integral del contrat dad del asegurado principal y su	de se	nuro. La presente	enlicitud cortific	ado no ten ita en form	drá valide a complet
í mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S. smo asegurado bajo esta misma modalidad, i	iasta un valor asegurado acumul	ado má	e suscriban póliza áximo de \$	s de seguros de	vida toma	das por u
bre del intermediario o Razón social	DATOS DE INTERMEDIA	CIÓN	Le	a latera - d'- d		
na şin comisión IVA	Comisión			edor Ager Valor Total	cia 🗀	Correo
A Dissor off	011000	y na	1d. Blo	A Comment	10.1	2
7	URADO PRINCIPAL & SOLICE	7/100	CÓNYUGE	BEP	RESENTANTE	LEGAL

DRADE naldo FIRMA AUTORIZADA OMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. REPRESENTANTE LEGAL COMPANIA DE SEGUROS BOLÍVAR 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 01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá Desde Celular o Avantel *122

0770			-0-	_
SEGUROS SOLÍVAR	SOLICITUD - CERTIFIC SEGURO DE VIC		L DE POLIZA	GR- 5 fg.
TOMADOR: PLANTE	Seel VICTO	l de Lil	10	
EDUCADORES DE COLOMBIA	EL CODIGO	PAGO ENDOSO/FA	241680	PRODUCTO V/DG
PERIODICIDAD PAGO NOMBRE DEL ASEGURAD CONTROL OF CONTRO	Serivez Hoye	000. DE IDE		FECHA NACIMIENTO
7 DIRECTORA WOI	FONO OFICINA TELÉFON	0	27A - 18A -	34
111111111111111111111111111111111111111	REDEL CÓNYUGE (SEGUNDO JABO A. BLANCO	(C)	O DE IDENTIDAD 193360	FECHA NACIMIENTO
SEXO OCUPACIÓN TELÉF	ONO OFICINA LOCALIDAD	No. DECLARACIÓN 541368		cód. INTERMEDIARIO † 169
1. Que el Tomador tiene contratada con la Compañí	CERTIFICA a de Seguros Bolívar S.A. la po		a arriba.	
Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptar que su diligenciamiento sea el correcto y no se or se reserva el derecho de aceptación individual de generales de la póliza, de 15 días a partir de la fech a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - C	igine devolución del documento cada solicitante para lo cual te a de recibo de éste documento,	y se haya pagado la j endrá un plazo según lo	primera prima. La Compañía establecido en la cláusula o	de Seguros Bolívar S.A. quinta de las condiciones
ASEGURADO PRINCIPAL	, ,,,	CÓN	YUGE (Segundo Asegur	ado)
V/R ASEGURADO SOLICITADO \$40 00) (U) " V	R ASEGURADO SOLIC	ITADO \$ OO	D.000
VIGENCIA DESDE OV 103 103	A LAS 4:00 P.M. VIGEN	ICIA HASTAD	/ M / A /	LAS 4:00 P.M.
BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL	A PANO NA	PRICE SC	BRIUS VO	u. 10
NOMBRE DEL BENE			ENTESCO CAL	IDAD %

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL THUIH DANO LARTINO	2 50BRIUD	val.	10
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	. %
BETY CECILIA BLANCO CONTINCZ.	HWA	VOL.	21
LEYCALDO H. BLANCO BULLA	(e5)0050	VOL	1/3
REYNAIBO DEJ. DIAVED NOARTWED	· +100.	100.	W.
REG RECEIVED ECLICIANI DANCO ECANTRE	3 HOJO.	1/00.	QV.
BENEFICIÁRIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
	PARENTESCO ESPOSA	CALIDAD	21
NOMBRE DEL BENEFICIARIO		CALIDAD VOC.	* 21
CARNED C. CARNOCZ HOYER	Esposa	CALIDAD	37

AMPAROS	ASEGURADOS	, EDAD	TASA (X 1000)	PRIMA (\$)
VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE,	ASEGURADO PRINCIPAL	40	200	30.000 -
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)	69.	700	22.120"
			PRIMA TOTAL	s/2.100

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 \$

1		DATOS DE INTERMEDIACIÓN		
Nombre del intermediario o Razón social	alles Ou	14RIN 7/TOA	Clase Intermediario Corredor Agencia	Correo
Prima sin comisión	IVA /	Comisión	Valor Total	
ONH HUDRADE	Larun	I fachif of Keynald	to Blanco Bula M	ud?
FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.	C.C. ASEGURADO	PRINCIPAL 8 8 5 CHOKE S	CONYUGE BEPRESENT	ANTE LEGAL UROS BOLÍVAR S.A.
Compañía de Seguros Bolíva	r S.A. Car	rera 10 Nº 16 - 39 A A 4421	Atención al Cliente Teléfo	nno Verde

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 01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá Desde Celular o Avantel *122

FORMA GR-015 (Red. abr./99)



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO

No. DE	CLARACIÓN
	541368
No. PÓL	IZA/CERTIFICADO ALA GUAL ACCEDE
	241680

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.

C	on n	juestro Teléfono Verde 9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá, desde Celular o Avantel *122 o con su asesor de segur
		0: Carnen Cacilia Hartinez Hoyer mayor de edad dominiliado en
	_	nacido el díadel mesdel año, identificado con @@_ No. 36V3U68
		en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónvuge
	co	on quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:
100	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.
		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.
	exp date com de ": y co	itero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo presamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestras historias clínicas y a todos aquellos os que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para inpartir con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas en el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún pués de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de nercio.
	acep	Compañía de Seguros Bolívar S. A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o pués de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de otarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).
(Para del a	a constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a losdías del mes de Occiente de

Firma del Asegurado: K

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 Avantel *122

Huella indice derecho FORMA GR-023 (Red. Jul./98)



¡MUY IMPORTANTE!

TORRES GUARIN Y CIA. LTDA. su Agente de Seguros, se complace en felicitarle por su buena decisión al haber adquirido las bondades de un producto que a través de los años se ha posicionado como uno de los mejores y más favorables seguros de vida a nivel nacional.

Usted y su familia son muy importantes para nosotros y por esto queremos prestarle un eficiente servicio y para ellos ponemos a su disposición todo nuestro esfuerzo e infraestructura desarrollada durante más de veinticinco (25) años de trabajo para que usted y su familia no se sientan aislados en el momento que nos necesiten: OFICINA PRINCIPAL MANIZALES: PBX (6) 8865353 - 8831215 ANSERMA: (Caldas):Telefax: (8) 534605. BARRANQUILLA: (5) 3415430 Telefax: (5) 3510511. LA DORADA: (Caldas): Telefax: (6) 8572373. FLORENCIA: (Caquetá): (84) 351259. IBAGUE: Telefax: (82) 615494. MEDELLIN: Telefax: (4) 2316361. NEIVA: Telefax: (88) 711107. PASTO: Telefax: (27) 7235284. SANTAFE DE BOGOTA: (1) 2865758 Telefax: (1) 2845537. VALLEDUPAR: Telefax: (5) 5601966. TUNJA: Telefax (8) 7424631. RIOHACHA: (5) 7282803 YOPAL: (8) 6354630 SAN ANDRES: (8) 5128784

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

Ningún relacionista o promotor nuestro está autorizado para recibir dineros por ningún concepto.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA

SOLICITO A: TORRES GUARIN	Y CIA. LTDA.
QUE EL DESCUENTO PARA MI	SEGURO DE VIDA SEA A PARTIR
DEL MES DE TENE	DE 2003
POR VALOR DE \$5950	\mathcal{U}
PARA UN VALOR ASEGURADO	DE:
PRINCIPAL	CONYUGE
\$40 000 000	\$30.000 000
Atentamente, X Jarune	& Harlif H
C.C/43603	1688 /

NOTA: NO FIRME si no se indica claramente el mes de inicio del descuento, los Valores Asegurados y el valor de la prima mensual.

EDITORIAL ZAPATA-MANIZALES

BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO **EDUCADORES DE COLOMBIA**

	OHIT	Localiu	ad de radicad	cion		No. Solic./Ce	rtif.	F	Póliza GR-
Producto	011	Cód In	ermediario			7.0			5579
Tvida - 710	-	cou. ini	13101	THE REAL PROPERTY.		/0:	5802		
	as 24 hora		Vigencia	a basta	A I 04 I-				
I P O / IM AU		2011	T D	M M	A las 24 h	A			segurabilidad
Tomador		2011		I III		**	053	305	
Educadores	le co	dome	514		Plantel	D. lic	e0 d	10/ <	UY.
os generales del asegura	do	1						,)	,
1er apellido	man Su	2do ape	Ilido		Nomb	no(o)			
Martinez	T	Hoy		T		nen ce	001/01		
Tipo y No. de documento									
		2010	echa de expe	TA	gar de ex	1 7	Sexo	7	a de nacimient
	134.00	St.		276 50	n q n	iarta	$M \bigcirc F \otimes$	01	M 147
Lugar de nacimiento			onalidad	Estado civi	The second second			1000	
Santamarta	-	auton	Miano	Soltero O	Casado 🔗	Separado (Viudo O D	ivorciado (Unión libre (
E-mail		ular	T	eléfono reside	encia	Dirección res	sidencia		
	130	0573	1881	-		Calle 27	ANS,	184 -	3/
Ciudad de residencia	D	epartame	ento	Direcció	n de corr	espondencia			
Santamarla	In.	aqda	lena	Tealle	>71	Nº 19A	31.		
Profesión Docente.		Ocupació DEPENDIEN		salariado 🌂 Est	tudiante (Pensionado ()	Ama de casa	a ()	
Empresa donde trabaja I. E. D. C. C. C. Dirección del trabajo	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	TE As ENTE De	escripción de la	actividad Cargo	Pensionado O económica princ que desempeñ	ipal (CIIU) _ a ,		
Empresa donde trabaja I. E. D. Creeo Dirección del trabajo Burio mandan	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	TE As ENTE De Ciudad Canta	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ	ipal (CIIU) _ a JO & Teléfono	80	
Empresa donde trabaja 1. E. D. (Reco Dirección del trabajo Burno municulario Servidor Público	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	Ciudad Maneja Recu	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ	ipal (CIIU) _ a JOY	80	econocida
Empresa donde trabaja I. E. D. (Reco Dirección del trabajo Burno municular Servidor Público SÍ Ø NO O	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	Ciudad Maneja Recu Sí O NO	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ	ipal (CIIU) _ a JO 8 Teléfono ona pública	80	econocida
Empresa donde trabaja 1. E. D. (Reco Dirección del trabajo Burno municulario Servidor Público	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	Ciudad Maneja Recu Sí O NO	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ O Y J Y J Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	ipal (CIIU) _ a JO 8 Teléfono ona pública	80	econocida
Empresa donde trabaja I. E. D. (R.C.) Dirección del trabajo Burro monto (I) Servidor Público Sí 📎 NO O d'Tiene vínculos familiares	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	Ciudad Maneja Recu Sí O NO	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ O Y J Y J Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	ipal (CIIU) _ a JO 8 Teléfono ona pública	80	econocida
Empresa donde trabaja I. E. D. (R.C.) Dirección del trabajo Burro morror Servidor Público Sí NO O d'Tiene vínculos familiares Sí NO NO	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	Ciudad Maneja Recu Sí O NO	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ O Y J Y J Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	ipal (CIIU) _ a JO 8 Teléfono ona pública	80	econocida
Empresa donde trabaja L. E. D. C. C. Dirección del trabajo Burno munición Servidor Público SÍ Ø NO O dTiene vínculos familiares SÍ NO Ø mación financiera Total Activos	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	Ciudad Maneja Recu SI O NO viblicamente	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ CONOMICA Pers Sí	ipal (CIIU) _aa	80 amente re	
Empresa donde trabaja I. E. D. (R.C.) Dirección del trabajo Burno monto (I) Servidor Público Sí S NO O d'Tiene vínculos familiares Sí NO S mación financiera	del s	DEPENDIEN NDEPENDII	Ciudad Maneja Recu SI O NO viblicamente	escripción de la	actividad Cargo	económica princ que desempeñ O Y J Y J Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	ipal (CIIU) _aa	80	
Empresa donde trabaja I. E. D. (Recombination of the control of t	del son una	DEPENDIEN NDEPENDII OPERSONA F	Ciudad Maneja Recu Sí NO públicamente	escripción de la (1))((1) / (1) ersos Públicos (3) reconocida?	actividad Cargo	económica princ que desempeñ Pers Sí C	ipal (CIIU) _a a Teléfono ona pública) NO &	amente re	0
Empresa donde trabaja I. E. D. (R. C.	del son una	DEPENDIEN NDEPENDII OPERSONA F	Ciudad Maneja Recu SI O NO viblicamente	escripción de la (1))((1) / (1) ersos Públicos (3) reconocida?	actividad Cargo	económica princ que desempeñ CONOMICA Pers Sí	ipal (CIIU) _a a Teléfono ona pública) NO &	80 amente re	
Empresa donde trabaja I. E. D. (ICC) Dirección del trabajo Burno model trabajo Servidor Público Sí NO O d'Tiene vínculos familiares Sí NO O mación financiera Total Activos No tiene O menos de 20 millones Total Pasivos No tiene O menos de 20 millones Total Ingresos	0 20 a 50	DEPENDIEN NDEPENDII OUY Dersona p millones millones	Ciudad Maneja Recu Sí NO Mblicamente	escripción de la Processor de la Proce	Cargo Ilones Ilone	económica princ que desempeñ Pers Sí () 200 a 500 millones	ipal (CIIU) _a a Teléfono ona pública) NO &	amente re	0
Empresa donde trabaja L. E. D. (FC et al.) Dirección del trabajo Bervidor Público Sí NO O d'Tiene vínculos familiares Sí NO O mación financiera Total Activos No tiene O menos de 20 millones Total Pasivos No tiene O menos de 20 millones Total Ingresos No tiene O a 1 millón	del son una	DEPENDIEN NDEPENDII OUY Dersona p millones millones	Ciudad Maneja Recu Sí NO públicamente	escripción de la (1))((1) / (1) ersos Públicos (3) reconocida?	Cargo Ilones O	económica princ que desempeñ Pers Sí C	ipal (CIIU) _a a Teléfono ona pública) NO &	amente re	0
Empresa donde trabaja I. E. D. Dirección del trabajo Birección del trabajo Servidor Público Sí NO O d'Tiene vínculos familiares Sí NO O mación financiera Total Activos No tiene O menos de 20 millones Total Pasivos No tiene O menos de 20 millones Total Ingresos No tiene O a 1 millón Total Egresos	0 20 a 50	DEPENDIEN NDEPENDII OPENDII OP	Ciudad Ciudad Maneja Recu Sí NO Obblicamente 50 a 100 millones 3 a 5 millones	reconocida? 100 a 200 mil	Cargo Illones Illones es	económica prince que desempeñ Perso Sí C 200 a 500 millones 10 a 20 millones	ipal (CIIU) _a a Teléfono ona pública) NO &	amente re	0
Empresa donde trabaja I. E. D. (R. C.	0 20 a 50 0 1a 3 mi	DEPENDIEN NDEPENDII OPENDII OP	Ciudad Maneja Recu Sí NO Obblicamente 50 a 100 millones 3 a 5 millones	escripción de la Processor de la Proce	Cargo Illones Illones es	económica princ que desempeñ Pers Sí () 200 a 500 millones	ipal (CIIU) _a Teléfono ona pública NO más de s más de s	amente re	0
Empresa donde trabaja I. E. D. D. Dirección del trabajo Burro Moder Público Sí NO O d'Tiene vínculos familiares Sí NO Moder Público Total Activos No tiene Menos de 20 millones Total Pasivos No tiene Menos de 20 millones Total Ingresos No tiene O a 1 millón Total Egresos	0 20 a 50 0 1a 3 mi	DEPENDIEN NDEPENDII OPENDII OP	Ciudad Maneja Recu Sí NO Obblicamente 50 a 100 millones 3 a 5 millones	reconocida? 100 a 200 mil	Cargo Illones Illones es	económica prince que desempeñ Perso Sí C 200 a 500 millones 10 a 20 millones	ipal (CIIU) _a Teléfono ona pública NO más de s más de s	amente re	0 0
Empresa donde trabaja I. E. D. (R. C.	0 20 a 50 0 1a 3 mi	millones on a cionales	Ciudad Maneja Recu Sí NO Obblicamente 50 a 100 millones 3 a 5 millones	reconocida? 100 a 200 mil	Cargo Illones Illones es	económica prince que desempeñ Perso Sí C 200 a 500 millones 10 a 20 millones	ipal (CIIU) _a Teléfono ona pública NO más de s más de s	500 millones 500 millones 20 millones	0 0
Empresa donde trabaja I. E. D. C. C. C. Dirección del trabajo Dirección del trabajo Servidor Público Sí NO O d'Tiene vínculos familiares Sí NO O mación financiera Total Activos No tiene O menos de 20 millones Total Pasivos No tiene O menos de 20 millones Total Ingresos No tiene O a 1 millón Total Egresos No tiene O a 1 millón Concepto de otros ingreso	20 a 50 20 a 50 1 a 3 mi	millones on acionales	Ciudad Maneja Recu Sí NO Obblicamente 50 a 100 millones 3 a 5 millones 3 a 5 millones	reconocida? 100 a 200 mil	Cargo Illones Illones es	Persi Sí C 200 a 500 millones 10 a 20 millones	ipal (CIIU) _a Teléfono ona pública NO más de s más de s	amente re	0 0



Info

	No. Sollc./Certif.	Póliza GR-
eneficiarios asegurado principal	705802	557
Nombra del baneficiania		
To Betty Cecilia Blanco martine?	Hija Calidad	101 %
Fegnaldo de Jesus Blanco nientine?	11/	701 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
Regnondo Emiliani Blanco mentinez	11/10	VOI 2
itos del cónyuge rania Eloisa Ramos martin	et-Sching .	VOI. 2
1er apellido 2do apellido Nombre(s)	Tipo de docume	nto
Blanco Bula Reynuklo A,		3.793.360
Fecha de expedición documento Lugar de expedición Sex		
D M A Cartagena MB	FO 05 08 194	9 /
Nacionalidad E-mail Estado civil		
rodombiano Soltero O Casa	do 🛇 Separado 🔾 Divorcia	ido O Unión libre O
Teléfono residencia Dirección residencia Ciudad o	de residencia	Departamento
B005732168 ealle Z7AN=184-31 San	1	nagdalena
Dirección de correspondencia Profesión	Ocupación actual	DEPENDIE
INDEPENDIENTE	Asalariado & Estudiante O	Pensionado O Ama de casa
	Empresa donde trabaja	Cargo que desemp
Descripción de la actividad económica principal (CIIU)	_TPROESA (tda	TJirg. CIVI
ividad económica		
Profesión Ocupación actual Ingentero Dependiente Acalasiada De		
Asalariado Es	studiante O Pensionado O Ama	de casa 🔘
CTV21. INDEPENDIENTE Descripción de la	actividad económica principal (CIIU) 42
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña	
Dirección del trabajo Ciudad	Ingeniero	CIVII.
Gludad		
Trustaciena	Telé	fono
Servidor Público Maneja Recursos Públicos	I	
Servidor Público Maneja Recursos Públicos	Pers	ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO dTiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?	I	ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO Si NO NO Si NO	Pers	ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO dTiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?	Pers	ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO Si Sí NO Si NO NO Si NO	Pers	ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO Si Sí NO Si NO NO Si NO	Pers	ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO Si Sí NO Si Sí NO Si NO NO Si NO	Pers Sf (ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO NO Si NO NO NO NO Si NO Si NO NO NO Si NO	Pers Sf (ona públicamente recon NO más de 500 millones
Servidor Público Sí NO Si Sí NO Si Sí NO Si NO	Pers Sf (ona públicamente recon
Servidor Público Sí NO NO Sí	millones O 200 a 500 millones O millones O	ona públicamente recon NO más de 500 millones
Servidor Público Sí NO Si Sí NO Si Sí NO Si Sí NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO NO Si NO tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 m	millones	ona públicamente recon NO más de 500 millones más de 500 millones
Servidor Público Sí NO	millones	ona públicamente recon NO más de 500 millones más de 500 millones
Servidor Público Sí NO Si Sí NO Si Sí NO Si Sí NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO Si NO NO NO Si NO tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 m	millones	más de 500 millones más de 20 millones
Servidor Público Sí NO	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones
Servidor Público Sí NO	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO NO NO TOTAL Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO S SÍ NO C d'Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C rmación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 100 a 20	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO S SÍ NO C dTiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C rmación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 60 menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO Sí NO Sí NO Citiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO Citiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO Citiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 100 a 20	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO	millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Servidor Público Sí NO Sí NO Sí NO Citiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO Citiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO Citiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 100 a 20	millones	más de 500 millones O más de 20 millones O más de 20 millones O Entidad 96 33 34
Servidor Público Sí NO S SÍ NO S d'Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C rmación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100	millones	más de 500 millones O más de 20 millones O más de 20 millones O Entidad 96 33 37
Servidor Público Sí NO S SÍ NO S d'Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí NO C rmación financiera Total Activos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100	millones	más de 500 millones O más de 20 millones O más de 20 millones O Entidad 96 33 37

C.C. C.E. T.I.

C.C. C.E. T.I.

No. Solic./Certif.

Póliza GR-

2DA COPIA: INTERMEDIARIO



No. DECLARACIÓN
053305

No. PÓLIZACERTIFICADO A LA CUAL ACCEDE
705802

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

SEGURO DE VIDA GRUPO

40: Caronen Cecilia Hortinez Hoyer	, mayor de edad, domiciliado en Santa Marta
nacido el día <u>SX</u> del mes <u>O1</u> del año <u>56</u> ,	identificado con CC No. 36534488 de San la Herta
	epresentación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

- 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.
- 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 consecuencial.
- En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
- No tenemos limitación física ni mental alguna.
- 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 ó 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. C. granero del Morte	Nombre de su medicina prepagada	- 0 -
Para constancia de lo anterior, se suscribe del año 201 [.	el presente documento a los_	15 días del mes de Fibrero

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: January Harting of ryel

Doc. de Ident. : ____ No. 36.534.688 State



Huella índice derecho





SOLICITUD -, CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO EDUCADORES DE COLOMBIA

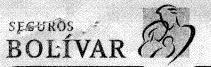
Tipo y No. de documento C.C. O C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 South Macionalidad Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Soltero Casado V Separa E-mail Celular Celular Teléfono residencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Ocupación actual Esper en Perio y Sunta Macionalidad Estado civil Soltero Casado V Separa Teléfono residencia Dirección de correspondencia Nogal Colla 27 A H DEPENDIENTE Asalariado V Estudiante O Pensi INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen	Cocho Sexo MOFSO O Viudo O Divorco Sn residencia 18A-3)	Fecha de nacimient DI O ^M I No iado () Uniónlib
Plant Possible Triegral Frantei F. D. generales del asegurado ler apellido 2do apellido Nombre(s) Molfred Hoyer Tipo y No. de documento Fecha de expedición Lugar de expedición CC. O C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Sunta Mathematica Dirección de nacimiento Nacionalidad Estado civil Soutro Col Soltero Casado V Separa Teléfono residencia Dirección de residencia Departamento Dirección de correspondencia Dirección de residencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de la actividad económ Dependiente Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Dirección del trabajo Ciudad Condición de la actividad económ Condición del trabajo Ciudad Condición del trabajo Ciudad Condición del trabajo Ciudad Servidor Público Maneja Recursos Públicos SI O NO O	Cocife Sexo MOF Divorce on residencia 18 A - 3)	Fecha de nacimient DI O ^M I No iado () Uniónlib
Tipo y No. de documento CC. D C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Surfa Mala lugar de expedición Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Souto Casado (V Separa Teléfono residencia Dirección de residencia Departamento Ciudad de residencia Profesión Ocupación actual Es per en persona públicamente reconocida?	Sexo MOFSO do O Viudo O Divorción residencia 18 A - 3)	Öl Ö'l Ni iado ○ Uniónlib
Mocherica Tipo y No. de documento C.C. D C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 South Mah Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Southo Mocho E-mail Celular Celular Teléfono residencia Departamento Dirección de correspondencia Who 1976 Southo Mah Coludad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Who 1976 Southo Mah Lugar de expedición Coludad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Who 27 A H Independiente Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Cordo Dirección del trabajo Ciudad Descripción de la actividad económ Cordo Cordo Servidor Público Maneja Recursos Públicos Si Q NO 0 Si O NO 0 A Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?	M ○ F № (do ○ Viudo ○ Divorc ón residencia 18 A - 3)	Öl Ö'l Ni iado ○ Uniónlib
Tipo y No. de documento C.C. O C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Surfa Uniformation Nacionalidad Estado civil Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Sourfa Col Soltero Casado Separa E-mail Celular Teléfono residencia Dirección de correspondencia Ciudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Nacionalidad Estado civil Col Soltero Casado Separa Teléfono residencia Dirección de correspondencia Nacionalidad Estado civil Ciudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Nacionalidad Estado Cultar Ciudad de conómica Profesión Ocupación actual Es per en periodo DEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Condicionalidad Ciudad Condicionalidad Estado Ciud	M ○ F № (do ○ Viudo ○ Divorc ón residencia 18 A - 3)	Öl Ö'l Ni iado ○ Uniónlib
C.C. Q C.E. O 36.534.688 OH MO 1976 Surfa Mark Lugar de nacimiento Nacionalidad Estado civil Sourfa Nacionalidad Estado civil Soltero Casado V Separa E-mail Celular Teléfono residencia Dirección de correspondencia Octudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Mogd Casla 27A H ad económica Profesión Ocupación actual Esper en Peda por DEPENDIENTE Asalariado V Estudiante O Pensi INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen J.F. D. Poundo Servidor Público Maneja Recursos Públicos SI Q NO O SI O NO V ¿Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	M ○ F № (do ○ Viudo ○ Divorción residencia 13 A - 3)	ÖI Ö¹I N
Lugar de nacimiento Sun fu Col Solitero Casado Separa E-mail Celular Celular Teléfono residencia Dirección de correspondencia Ciudad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Nogl Coll C	do O Viudo O Divorción residencia 18 A - 3) Inado O Ama de casa O	iado 🔵 Uniónlit
Cludad de residencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Departamento Dirección de correspondencia Departamento Dirección de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Dirección del trabajo Ciudad Dirección del trabajo Ciudad Dirección del trabajo Ciudad Dirección del trabajo Ciudad Servidor Público Maneja Recursos Públicos SÍ O NO O Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	on residencia	
Profesión Ocupación actual Profesión Ocupación actual DEPENDIENTE INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Ciudad Ciudad Ciudad Ciudad Ciudad Ciudad Servidor Público Servidor Público Si () NO () Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	18A −3) mado⊙ Ama de casa ⊙	8A-31
Profesión Columbia Profesión Coupación actual ESPEC en Porta DEPENDIENTE INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Condo Dirección del trabajo Ciudad Condo Servidor Público Servidor Público Si (NO	nado Ama de casa	
Profesión Ocupación actual Espera en Perda de DEPENDIENTE Asalariado Sestudiante O Pensis INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económ Empresa donde trabaja Cargo que desen Dirección del trabajo Ciudad Espera Condiciones Servidor Público Maneja Recursos Públicos Si O NO O SI O NO O Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?		
¿Tiene vinculos familiares con una persona públicamente reconocida?	Teléfono Persona públicamente re	econocida
	si O NO 🔗	
ición financiera		*
Total Activos Notiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 5	i0 millones 🔘 más de 500 n	nillones ()
Total Pasivos No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 50		
No tiene menos de 20 millones 20 a 50 millones 50 a 100 millones 100 a 200 millones 200 a 50 Total Ingresos	0 millones 🔵 más de 500 m	sillones ()
No tiene O 0 a 1 millón	millones 🔵 más de 20 mi	llones ()
No tiene O a 1 millón V 1 a 3 millones O 3 a 5 millones O 5 a 10 millones O 10 a 20	and the second s	. ^
Concepto de otros ingresos no operacionales	nillones 🔘 más de 20 mi	llones ()



Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10 Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421 • Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com 2DA COPIA: INTERMEDIARIO

hojados asegurado princip					Póliza GR-
Nombre del beneficiario		Paren	itesco	Calidad	<i>5</i> 5२२ %
Betty action Permato de Sesu Permatos milita sdel conxuge	Blanco Mul 13 Bluves A wo Blance	ratius ratius tus	4170 1470 1490	yd Ud UgL	33 33 34
Ter apellido R Jovco	2do apellido		ombre(s) Uso Antonio	Tipo de documento	3,793.360
Fecha de expedición docu	umento 158	Lugar de expedición Cochage	Sexo	Fecha de nacimiento 05 03 194	Lugar de nacimien
Nacionalidad (Io L	E-mail	Estado Soltero		Separado Divorciao	
Teléfono residencia	Dirección resider		Cludad de resider	cia Loctu	Departamento Maya 4
Dirección de corresponde 18 + AFS allus		Profesión Inq coll		pación actual lariado N Estudiante	DEPENDIE Pensionado Ama de casa
INDEPENDIENTE Descripción de la activ	idad económica prir		E	mpresa donde trabaja	Cargo que desempeña
dad económica					
Profesión I My. CRUPL		ación actual NDIENTE Asa	ilariado 💢 Estudiant	Pensionado (Ama	de casa 🔘
	INDE		scripción de la activi	dad económica principal ((· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Empresa donde trabaja	4			jo que desempeña En gamillo O GV	H
Dirección del trabajo		Cludad		ngenter O CIV	Of the Control of the Agents of the Control of the
Servidor Público		Maneja Recursos	Públicos	Person	na públicamente reconocida
SI O NO Q		sí 🔾 NO	X	SI C	
Tiene vinculos familiares o	con una persona public	camente reconocida?			
SÍ ONO OV					
			en van en van vlan ei verene en		
nación financiera Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill	ones 50 a 100 millone	25 100 a 200 millone	s 200 a 500 millones (más de 500 millones
nación financiera Total Activos Notiene menos de 20 o Total Pasivos					
nación financiera Total Activos Notiene					más de 500 millones más de 500 millones
Total Activos Notiene menos de 20 o Total Pasivos No tiene menos de 20 o Total Ingresos No tiene 0 0 a 1 millón		ones O 50 a 100 millone			
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones	100 a 200 millone 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones
Total Activos Notiene menos de 20 menos de	millones \$\infty 20 a 50 mill \$\infty 1 a 3 millon \$\infty 1 a 3 millon	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones	100 a 200 millone 5 a 10 millones	200 a 500 millones (más de 500 millones 🔘
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon 1 a 3 millon s no operacionales	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones	100 a 200 millone 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones
Total Activos Notiene menos de 20 a Total Pasivos No tiene menos de 20 a Total Ingresos No tiene 0 0 a 1 millón Total Egresos No tiene 0 0 a 1 millón	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon ro operacionales Convenio con	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones	5 a 10 millones 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon 5 no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones	5 a 10 millones 5 a 10 millones	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene menos de 20 menos de	millones 20 a 50 mill 1 a 3 millon 1 a 3 millon 5 no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza	5 a 10 millones 5 a 10 millones No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene	millones 20 a 50 mill () 1 a 3 millon () 1 a 3 millon s no operacionales Convenio con Cta. corriente Cta. ahorro asegurado)	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad
Total Activos Notiene menos de 20 menos d	millones 20 a 50 mill (A) 1 a 3 millon (B) 1 a 3 millon (C) 2 a 3 millon (C) 3 millon (C) 4 a 3 millon (C) 5 a 4 a 3 millon (C) 6 a 5 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a 6 a	ones 50 a 100 millone es 3 a 5 millones es 3 a 5 millones T. crédito No. Libranza X	5 a 10 millones 5 a 10 millones 5 a 10 millones de cuenta No. T	200 a 500 millones 10 a 20 millones 10 a 20 millones Crédito Cód. Empleado Calidad	más de 500 millones más de 20 millones más de 20 millones Entidad

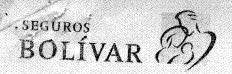
		L			5579	
1er apellido 2do apellido	Nombre(s)		Tipo de docu	0		
Fecha de expedición documento Lugar de expedición D M A	n Sexo M ○ F	0	Fecha de nacir	niento A	Lugar de nacim	iento
Nacionalidad Profesión Dependiente					e de la companya de	
bjø3	The second secon	***************************************	38.	Protesta de la companya de la compa		**************************************
1er apéllido 2do apellido	Nombre(s)		Tipo de docu	Contraction of the Contract Contract Co		
Fecha de expedición documento Lugar de expedición D M A	Sexo		Fecha de nacin	niento :	Lugar de nacimi	lento
Nacionalidad Profesión		E vigor				
Dependiente						***************************************
Amparos para el asegurado principal	Edad		segurado	÷	Al Park	
Vida Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembració		80.0	aoo	Tasa (x 100 57)	3 461	DATES TO STORY
Incapacidad Total y Permanente Enfermedades Graves	····· 60		<u> </u>	5		<u>600</u> 000
Últimos Gastos	wasika siya sawang si pinga					
Amparos para el cónyuge. Vida	Edad		segurado	Tasa (x 100)	Control of the Contro	ima SQ
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembració Incapacidad Total y Permanente	*****					
Enfermedades Graves Últimos Gastos	H	-				
Amparos hijos Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembraci	ión e	No. de Hi	jos asegurados	Prima por	r hijo Total Prima	Hijos
Incapacidad Total y Permanente DOCE MILLÓNES DE PESOS (\$12.000.000) M y Enfermedades Graves SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE.	W/CTE	1				
				TOT	FALPRIMA S 2	<u>50</u>
1. Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolíva. 2. Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en el que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo c de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este document nombre se expide la presente solicitud - certificado. MPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de segurad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma compesponsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado.	Ila de la(s) persona(s) I documento y se hay cual tendrá un plazo se co, para notificar al Tor ro. La presente solicitud-co pleta y veraz para evitar sa egurado bajo esta misma m	a quien(e a pagado gún lo est mador la r ertificado no nciones de r rodalidad, ha	es) como asegurado o la primera prima, rablecido en la cláu no aceptación en el o tendrá validez alguna nulidad. Así mismo, la C esta un valor asegurado	La Compañía de sula quinta de la seguro del (de , hasta tanto la decl compañía de Seguro acumulado máximo	e Seguros Bolívar S./ as condiciones gener los) solicitante(s) a c laración de asegurabili- os Bolívar S.A. limitará su	A. se rales cuyo
 El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza certifica que este último. Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguren serán s 	us padres en partes igna	les				



4 AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Título número V	ilor a Desconta	s \$2500		(x)	COMPAÑÍA BO	DLÍVAR	NIT
V.	ر:lor en letras	ochanta 1 gas das	المصكحد	CAP	ITALIZADORA BOLÍV	/AR S.A.	860.006.359-6
		Localidad		A) CON	APAÑÍA DE SEGURO	S BOLÍVAR S.A.	860.002.503-2
\mathcal{L}			2541)	SEG	UROS COMERCIALI	ES BOLÍVAR S.A.	860.002.180-7
DATOS DE LA CUENTA 'S	ólo para segur	os de vida					
CÓDIGO ENTIDAD FINANCIERA NOMBRI	E ENTIDAD FIN	IANCIERA Fed destroy		CI	Sauto.	word	
NÚMERO DE LA CUENTA O TARJETA DE	NIT DE LA	EMPRESA	CANAL DE DESCUE	ENTO		Diferido No. de cu	iotas para tarjeta
CRÉDITO A DEBITAR		*	01 TARJETA DE C	RÉDITO 03	CTA. AHORROS	de crédito Póliza mensual:	I mes
	CODIGO D	E LA LIBRANZA	02 TOTAL CORRIEN	ITE 10	MIBRANZA	Póliza semestral:	máximo 6 meses
DATOC DEL CUENTALIA DIENTE	TADIETA	UADICNITE O CMOU EADO			L-EN	Póliza anual: má:	amo 12 meses
DATOS DEL CUENTAHABIENTE						Control of the Control	
DATOS DEL TITULAR DE LA CU SI ES COMPARTIDA RELACIONAR		CÉDULA NIT OTRO ESPECIPICAR	08[_]	90.91	DIRECCIÓN	gers, his direct	Missississis (1)
CONNEW CORTIN		36.534.688	<u>alla</u>	. 73 A	14 184-	·3j	
2 Maximuz Hoyer							
CIUDAD		TELÉFONO			E-mail:		Section 1
, South let		3005732168		-0	_		
2				1000			
SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIO							SE INCLUYA
MODIFICACIONES EN SU COBERTURA	ر		DESCONTAR LA C				IDO
FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE			ACEP TO LAS C	ONDICION	NES INDICADA	3 AL NESPA	FDO
CIUDAD Y FECHA 02/12/2019 S	who No	* AAAA MM (
1a FIRMA Carum & Harl	W W	700.00					
tédula 36/34608	sh						
Jey Jye ve	~7	Addago					
2a, FIRMA							
cédula							
FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CU	ENTA,	3.64		DEQAITE	EN ALTO RELIEVE		
TABJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEA	no .	THE LOCAL PROPERTY OF THE PARTY		NEOMER	CHALIVILLIEVE		

Nota. El cuenta habiente, tarjeta habiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.



No PÓLIZA/CERTIFICADO A LA CUAL ACCEDE

	DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO
	ocido el día 01 del mes 01 del año 55 , identificado con a No. 36, 634 687 Se Fille T
	n mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:
	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 en in

- o tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
- En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
- No tenemos limitación física ni mental alguna.
- 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 ó 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 Bolivar 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	UTN	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Nombre de su	u medicina prepagada	
Para constancia de lo	anterior,	se suscribe	el presente	documento a los 2	días del mes de Darembre
del añozory.			•		cias del mes de TY 670MV PIE

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: Parace Q Harling of

Doc. de Ident. 3634688No. Sante Warta



Huella indice derecho



