

SOLICITUD PRODUCTO
BANCASEGUROS



IQ1000031282885201900079675
BLANCA MOLINA

No. ID ASESOR

26452335

FECHA DE SOLICITUD
AÑO MES DÍA
2019 02 08

ASEGURADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO

MOLINA

SEGUNDO APELLIDO

GAITAN

PRIMER NOMBRE

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE

EMILSE

OTROS NOMBRES

TIPO ID

TJ. C.C. X C.E. PASAPORTE

CARNÉ

REGISTRO

CIVIL

SEGURO DE VIDA GRUPO PLAN FAMILIA

UN PRODUCTO EMITIDO Y ADMINISTRADO POR AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

OBJETO DEL SEGURO: Otorgar protección a clientes del Banco Colpatría - Multibanca Colpatría S.A., contra los riesgos de muerte o incapacidad total y permanente, generados por cualquier causa, con sujeción a los términos, condiciones y límites de suma asegurada. Demás condiciones, amparos y exclusiones según lo expresado en el extracto adjunto.

AUTORIZACIÓN MEDIO DE PAGO (TIPO DE CUENTA / TARJETA)

AHORROS No. DE PRODUCTO

CORRIENTE

TARJETA No. DE PRODUCTO

CRÉDITO 493823

AUTORIZO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA DESCONTAR DEL MEDIO DE PAGO AQUÍ SELECCIONADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRODUCTO Y PLAN SEÑALADOS

FORMA DE PAGO PRIMA MENSUAL ANUAL X

VALORES ASEGURADOS POR OPCIÓN

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4 X
VIDA	\$ 100,000,000	\$ 50,000,000	\$ 35,000,000	\$ 15,000,000
ITP	\$ 100,000,000	\$ 50,000,000	\$ 35,000,000	\$ 15,000,000

VALORES PRIMA POR OPCIÓN (No aplica IVA)

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4 X
MENSUAL	\$ 115,000	\$ 58,000	\$ 40,000	\$ 18,000
ANUAL	\$ 1,230,000	\$ 615,000	\$ 430,000	\$ 185,000

DATOS BENEFICIARIOS

PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO	PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	%
MIRA BUILES	JAVIER TARCISO	ESPOSO	25
MIRA MOLINA	CARLOS EDUARDO	HUJO	25
MIRA MOLINA	JULIAN DAVID	HUJO	25
MIRA MOLINA	JOSE ALEJANDRO	HUJO	25

SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES

UN PRODUCTO EMITIDO Y ADMINISTRADO POR AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

OBJETO DEL SEGURO: Otorgar una protección en caso de desempleo o incapacidad total temporal para los tarjetahabientes y/o cuentahabientes del Banco Colpatría menores de 65 años, que consiste en el pago de un valor fijo durante seis (6) meses consecutivos correspondiente al plan de cobertura elegido en caso de desempleo o de incapacidad total temporal (coberturas excluyentes entre sí). Esta póliza no cubre contratos verbales, en misión o tiempo de obra, nombramiento provisional, o contratos a término fijo inferior a seis (6) meses.

Cobertura para Empleados: Garantiza el pago durante seis (6) meses continuos del plan de cobertura elegido una vez el asegurado se encuentre en situación de desempleo generado por la terminación unilateral del contrato de trabajo sin justa causa. La cobertura se ofrece a trabajadores con vinculo laboral escrito a término indefinido, no menor a tres (3) meses o a término fijo, no menor a seis (6) meses siempre y cuando hayan tenido por lo menos una renovación consecutiva.

Cobertura para Independientes: Garantiza el pago durante seis (6) meses continuos del plan de cobertura elegido una vez el asegurado es declarado en estado de incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente mayor a 30 días, aplica únicamente para trabajadores independientes que estén cotizando al sistema general de salud como mínimo 3 meses, personas vinculadas a través de contratos de prestación de servicios o clientes con contrato en cooperativas de trabajo asociado. Demás condiciones, amparos y exclusiones según lo expresado en el extracto adjunto.

AUTORIZACIÓN MEDIO DE PAGO (TIPO DE CUENTA / TARJETA)

AHORROS No. DE PRODUCTO

CORRIENTE

TARJETA No. DE PRODUCTO

CRÉDITO

AUTORIZO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA DESCONTAR DEL MEDIO DE PAGO AQUÍ SELECCIONADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRODUCTO Y PLAN SEÑALADOS

VALORES ASEGURADOS POR OPCIÓN

AMPARO	PLAN 1	PLAN 2
DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	\$200,000 / Mes \$1,200,000 / Vig	\$350,000 / Mes \$2,100,000 / Vig
ANEXO MUERTE ACCIDENTAL	\$ 600,000	\$ 600,000

VALORES PRIMA POR OPCIÓN

VALOR PRIMA MENSUAL	\$ 14,286	\$ 25,127
IVA	\$ 2,714	\$ 4,773
VALOR PRIMA MENSUAL MÁS IVA	\$ 17,000	\$ 29,900

DATOS BENEFICIARIOS

AMPARO	PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO	PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE	No. IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%
ANEXO MUERTE ACCIDENTAL					
DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL O TEMPORAL	BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A.		860.034.594-1	ONEROSO	100%

SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ASOCIADO A CRÉDITOS DEL BANCO COLPATRIA)

UN PRODUCTO EMITIDO Y ADMINISTRADO POR AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

OBJETO DEL SEGURO: Otorgar una protección en caso de desempleo o incapacidad total temporal para deudores del Banco Colpatría menores de 65 años, que consiste en el pago de un valor fijo durante seis (6) meses consecutivos correspondiente al último valor de cuota mensual facturada del crédito a la fecha de desempleo o de incapacidad total temporal (coberturas excluyentes entre sí). Esta póliza no cubre contratos verbales, en misión o tiempo de obra, nombramiento provisional, o contratos a término fijo inferior a seis (6) meses. Para esta póliza no aplica el amparo adicional de muerte accidental y no cubre intereses de mora.

Cobertura para Empleados: Garantiza el pago de seis (6) cuotas mensuales del crédito asegurado una vez el deudor se encuentre en situación de desempleo generado por la terminación unilateral del contrato de trabajo sin justa causa. La cobertura se ofrece a trabajadores con vinculo laboral escrito a término indefinido, no menor a tres (3) meses o a término fijo, no menor a seis (6) meses siempre y cuando haya tenido por lo menos una renovación consecutiva.

Cobertura para Independientes: Garantiza el pago de seis (6) cuotas mensuales del crédito asegurado una vez el deudor es declarado en estado de incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente mayor a 30 días, aplica únicamente para trabajadores independientes que estén cotizando al sistema general de salud como mínimo 3 meses o clientes con contrato en cooperativas de trabajo asociado. Demás condiciones, amparos y exclusiones según lo expresado en el extracto adjunto.


PRODUCTOS DE CREDITO A ASEGURAR:	ROTATIVO	INSTALAMIENTO	VEHICULO	HIPOTECARIO	No. DE PRODUCTO VIGENTE
AUTORIZO AL BANCO COLPATRIA A COBRAR LA PRIMA DEL SEGURO DE FORMA MENSUAL COMO UN CARGO ADICIONAL AL CREDITO ASEGURADO ACA INDICADO O QUE ME SEA OTORGADO					
AMPAROS		VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL		VALOR DE PRIMA MENSUAL	
DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL		ULTIMO VALOR DE CUOTA MENSUAL FACTURADA DEL CREDITO A LA FECHA DE SINIESTRO (6 MESES)		EL VALOR DE LA PRIMA DEL SEGURO CORRESPONDIENTE AL 6% DEL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CREDITO + IVA	
BENEFICIARIOS DEL SEGURO					
BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A. POR EL 100%					

SEGURO DE PROTECCION INTEGRAL DE TARJETA HABIENTES (PIT)		UN PRODUCTO EMITIDO Y ADMINISTRADO POR AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	
OBJETO DEL SEGURO: Otorgar una protección al asegurado contra los riesgos de muerte accidental y pérdidas materiales de dinero o mercancías adquiridas con el producto asegurado como consecuencia de hurto calificado incluyendo atraco y paseo millonario (coberturas excluyentes entre sí). Demás condiciones, amparos y exclusiones según lo expresado en el extracto adjunto.			
AUTORIZACIÓN MEDIO DE PAGO (TIPO DE CUENTA / TARJETA)		AUTORIZO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA DESCONTAR DEL MEDIO DE PAGO AQUI SELECCIONADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRODUCTO Y PLAN SEÑALADOS	
AHORROS	No. DE PRODUCTO	TARJETA	No. DE PRODUCTO
CORRIENTE		CRÉDITO	
VALORES ASEGURADOS POR OPCIÓN			
COBERTURA		PLAN 1	VALOR ASEGURADO ANUAL
Hurto Calificado de Dinero Retirado de Cajero Electrónico u Oficina Bancaria (Máximo 2 horas)			\$ 2.400.000
Hurto Calificado de Compras con tarjeta (Máximo 2 horas)			\$ 2.400.000
Adulteración o Clonación			\$ 2.400.000
Compras o Pagos fraudulentos realizados a través de internet			\$ 2.400.000
Reposición de Documentos, Acetatos y Llaves			\$ 480.000
Muerte Accidental			\$ 30.000.000
Gastos Médicos por accidente en Cajero			\$ 1.200.000
Orientación Legal Telefónica			\$
VALORES PRIMA POR OPCIÓN			
VALOR PRIMA MENSUAL (POR TARJETA ASEGURADA)			\$ 11.345
IVA			\$ 2.165
VALOR PRIMA MENSUAL MÁS IVA (POR TARJETA ASEGURADA)			\$ 13.500

ESTE PRODUCTO CUBRE HASTA DOS EVENTOS POR ANUALIDAD CADA EVENTO NO DEBE SUPERAR EL 50% DEL VALOR ASEGURADO ANUAL			
DATOS BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL			
PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO	PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	%

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES		UN PRODUCTO EMITIDO Y ADMINISTRADO POR AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	
OBJETO DEL SEGURO: Otorgar protección, a clientes del Banco Colpatría - Multibanca Colpatría S.A., contra los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente, generados por accidente, con sujeción a los términos, condiciones y límites de suma asegurada. Demás condiciones, amparos y exclusiones según lo expresado en el extracto adjunto.			
AUTORIZACIÓN MEDIO DE PAGO (TIPO DE CUENTA / TARJETA)		AUTORIZO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA DESCONTAR DEL MEDIO DE PAGO AQUI SELECCIONADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRODUCTO Y PLAN SEÑALADOS	
AHORROS	No. DE PRODUCTO	TARJETA	No. DE PRODUCTO
CORRIENTE		CRÉDITO	
VALORES ASEGURADOS POR OPCIÓN			
AMPAROS	PLAN 1	PLAN 2	
MUERTE ACCIDENTAL	\$ 39.000.000	\$ 80.000.000	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 39.000.000	\$ 80.000.000	
RENTA GASTOS DE HOGAR (300.000 POR 12 MESES)	\$ 3.600.000	\$ 3.600.000	
VALORES PRIMA POR OPCIÓN (No aplica IVA)			
VALOR PRIMA MENSUAL (No aplica IVA)	\$ 12.000	\$ 17.900	
DATOS BENEFICIARIOS			
PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO	PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	%

SEGURO DE EXEQUIAS		UN PRODUCTO EMITIDO Y ADMINISTRADO POR LIBERTY DE VIDA SEGUROS S.A.	
OBJETO DEL SEGURO: Liberty Seguros de Vida S.A garantiza en caso de presentarse la defunción de uno o varios de los asegurados relacionados en este formulario, la indemnización en dinero de los gastos en que se incurran en el fallecimiento del asegurado o de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado hasta por el monto establecido en la póliza. Demás condiciones, amparos y exclusiones según lo expresado en el extracto adjunto.			
AUTORIZACIÓN MEDIO DE PAGO (TIPO DE CUENTA / TARJETA)		AUTORIZO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA DESCONTAR DEL MEDIO DE PAGO AQUI SELECCIONADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRODUCTO SEÑALADO	
AHORROS	No. DE PRODUCTO	Grupo Asegurado	VALOR DE PRIMA (No aplica IVA)
CORRIENTE			MENSUAL ANUAL
TARJETA	No. DE PRODUCTO	Grupo Familiar	Plan 1 \$ 19.406 Plan 2 \$ 214.300
CRÉDITO		Grupo Familiar + 1 adicional	Plan 3 \$ 23.000 Plan 4 \$ 253.300
		Grupo Familiar + 2 adicionales	Plan 5 \$ 26.552 Plan 6 \$ 292.300
		Plan Individual	Plan 7 \$ 3.970 Plan 8 \$ 42.600
DATOS GRUPO FAMILIAR BÁSICO			
PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO	PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	

BENEFICIARIOS ADICIONALES		PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO	PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO
<p>ANEXO DE ADMINISTRACIÓN DE DATOS - AXA COLPATRIA - DECLARO QUE TODA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO Y SUMINISTRARÉ A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. A TRAVÉS DE CUALQUIER MEDIO, ES VERAZ, ACTUAL, COMPLETA, EXACTA Y PERTINENTE. AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. SU MATRIZ, SUBORDINADAS, AFILIADAS Y EN GENERAL A LAS SOCIEDADES QUE INTEGRAN EL GRUPO AXA, O A CUALQUIER CESIONARIO O BENEFICIARIO PRESENTE O FUTURO DE SUS OBLIGACIONES Y DERECHOS PARA QUE DIRECTAMENTE O A TRAVÉS DE TERCEROS LLEVE A CABO TODAS LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA: I) ESTUDIAR Y ATENDER LA(S) SOLICITUDES DE SERVICIOS SOLICITADOS POR MÍ EN CUALQUIER TIEMPO, II) EJERCER SU DERECHO DE CONOCER DE MANERA SUFICIENTE AL CLIENTE/AFIILIADO/USUARIO CON QUIEN SE PROPONE ENTABLAR RELACIONES, PRESTAR SERVICIOS, Y VALORAR EL RIESGO PRESENTE O FUTURO DE LAS MISMAS RELACIONES Y SERVICIOS, III) PRESTAR LOS SERVICIOS QUE DE LA(S) MISMA(S) SOLICITUDES PUEDIERAN ORIGINARSE Y CUMPLIR CON LAS NORMAS Y JURISPRUDENCIA VIGENTE APLICABLE, IV) OFRECER CONJUNTA O SEPARADAMENTE CON TERCEROS O A NOMBRE DE TERCEROS, SERVICIOS FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SEGURIDAD SOCIAL Y CONEXOS, ASÍ COMO REALIZAR CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN, BENEFICENCIA O SERVICIO SOCIAL O EN CONJUNTO CON TERCEROS, V) ATENDER LAS NECESIDADES DE SERVICIO, TÉCNICAS, OPERATIVAS, DE RIESGO O DE SEGURIDAD QUE PUEDIERAN SER RAZONABLEMENTE APLICABLES. LO ANTERIOR EN CONSIDERACIÓN A SUS SINERGIAS MUTUAS Y SU CAPACIDAD CONJUNTA DE PROPORCIONAR CONDICIONES DE SERVICIO MÁS FAVORABLES A SUS CLIENTES. EN CONSECUENCIA, PARA LAS FINALIDADES DESCRITAS, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. PODRÁ: A. CONOCER, ALMACENAR Y PROCESAR TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ EN UNA O VARIAS BASES DE DATOS, EN EL FORMATO QUE ESTIME MÁS CONVENIENTE. B. ORDENAR, CATALOGAR, CLASIFICAR, DIVIDIR O SEPARAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. C. VERIFICAR, CORROBORAR, COMPROBAR, VALIDAR, INVESTIGAR O COMPARAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ, CON CUALQUIER INFORMACIÓN DE QUE DISPONGA LEGÍTIMAMENTE, INCLUYENDO AQUELLA CONOCIDA POR SUS MATRICES, SUBORDINADAS, AFILIADAS O CUALQUIER COMPAÑÍA DEL GRUPO AXA. D. ACEDER, CONSULTAR, COMPARAR Y EVALUAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SOBRE MÍ SE ENCUENTRE ALMACENADA EN LAS BASES DE DATOS DE CUALQUIER CENTRAL DE RIESGO CREDITICIO, FINANCIERO, DE ANTECEDENTES JUDICIALES O DE SEGURIDAD LEGÍTIMAMENTE CONSTITUIDA, DE NATURALEZA ESTATAL O PRIVADA, NACIONAL O EXTRANJERA, O CUALQUIER BASE DE DATOS COMERCIAL O DE SERVICIOS QUE PERMITA ESTABLECER DE MANERA INTEGRAL E HISTÓRICAMENTE COMPLETA EL COMPORTAMIENTO QUE COMO DEUDOR, USUARIO, CLIENTE, GARANTE, ENDOSANTE, AFIILIADO, BENEFICIARIO, SUSCRIPTOR, CONTRIBUYENTE Y/O COMO TITULAR DE SERVICIOS FINANCIEROS, COMERCIALES O DE CUALQUIER OTRA INDOLE, E. ANALIZAR, PROCESAR, EVALUAR, TRATAR O COMPARAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. A. LOS DATOS RESULTANTES DE ANÁLISIS, PROCESAMIENTOS, EVALUACIONES, TRATAMIENTOS Y COMPARACIONES, LES SERÁN APLICABLES LAS MISMAS AUTORIZACIONES QUE OTORGO EN ESTE DOCUMENTO PARA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. F. ESTUDIE, ANALICE, PERSONALICE Y UTILICE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ PARA EL SEGUIMIENTO, DESARROLLO Y/O MEJORAMIENTO, TANTO INDIVIDUAL COMO GENERAL, DE CONDICIONES DE SERVICIO, ADMINISTRACIÓN, SEGURIDAD O ATENCIÓN, ASÍ COMO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MERCADO, CAMPAÑAS, BENEFICIOS ESPECIALES Y PROMOCIONES. AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. PODRÁN COMPARTIR CON SUS ACCIONISTAS Y CON LAS COMPAÑÍAS CONTROLANTES, CONTROLADAS, VINCULADAS, AFILIADAS O PERTENECIENTES AL MISMO GRUPO EMPRESARIAL, O CON LOS ALIADOS DE NEGOCIOS QUE SE SOMETAN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN LOS RESULTADOS DE LOS MENCIONADOS ESTUDIOS, ANÁLISIS, PERSONALIZACIONES Y USOS, ASÍ COMO TODA LA INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS POR MÍ. G. REPORTE, COMUNIQUE O PERMITA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ O AQUELLA DE QUE DISPONGA SOBRE MÍ. A. A LAS CENTRALES DE RIESGO CREDITICIO, FINANCIERO, COMERCIAL O DE SERVICIOS LEGÍTIMAMENTE CONSTITUIDAS, O A OTRAS ENTIDADES FINANCIERAS, DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES. B. A LOS TERCEROS QUE, EN CALIDAD DE PROVEEDORES NACIONALES O EXTRANJEROS, EN EL PAÍS O EN EL EXTERIOR, DE SERVICIOS TECNOLÓGICOS, LOGÍSTICOS, DE COBRANZA, DE SEGURIDAD O DE APOYO GENERAL PUEDAN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. C. A LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS ACCIONISTAS DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LAS SOCIEDADES CONTROLANTES, CONTROLADAS, VINCULADAS, AFILIADAS O PERTENECIENTES AL MISMO GRUPO EMPRESARIAL. D. A LAS AUTORIDADES PÚBLICAS QUE EN EJERCICIO DE SU COMPETENCIA Y CON AUTORIZACIÓN LEGAL LO SOLICITEN, O ANTE LAS CUALES SE ENCUENTRE PROCEDENTE FORMULAR DENUNCIA, DEMANDA, CONVOCATORIA A ARBITRAJE, QUEJA O RECLAMACIÓN. E. A TODA OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN EL CLIENTE AUTORIZA EXPRESAMENTE. H. EL CLIENTE TENDRÁ EL DEBER DE INFORMAR CUALQUIER MODIFICACIÓN, CAMBIO O ACTUALIZACIÓN NECESARIA Y SERÁ RESPONSABLE DE LAS CONSECUENCIAS DE NO HABER ADVERTIDO OPORTUNA E INTEGRALMENTE SOBRE CUALQUIER MODIFICACIÓN, CAMBIO O ACTUALIZACIÓN NECESARIA. EL CLIENTE DECLARA HABER LEÍDO EL CONTENIDO DE ESTA CLÁUSULA Y HABERLA COMPRENDIDO A CABALIDAD, RAZÓN POR LA CUAL ENTIENDE SUS ALCANCES E IMPLICACIONES.</p> <p>DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: (ASEGÚRESE DE LEER ESTO ANTES DE FIRMAR)</p> <ol style="list-style-type: none">MI ESTADO ACTUAL DE SALUD ES NORMAL. NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS O QUE INCIDAN SOBRE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS DEL CUERPO HUMANO, EN LA ACTUALIDAD NO SUFRO ENFERMEDADES, AFECIONES O ADICIONES QUE REPERCUTAN DIRECTAMENTE SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE FUMO MENOS DE DIEZ (10) CIGARRILLOS AL DÍA. NO TENGO PENDIENTES TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. NO PADEZCO DE LESIONES O SECUELAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO O PATOLÓGICO QUE AFECTEN MI SALUD Y QUE ADEMÁS NO TENGO OBESIDAD, CERTIFICO TAMBIÉN QUE NO HE SIDO EXTRAPRIMADO O RECHAZADO EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA AL TOMAR UN SEGURO DE VIDA.TANTO MIS ACTIVIDADES COMO PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OTROS OFICIOS SON LÍCITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y ADICIONALMENTE NO PRACTICO DEPORTES O ACTIVIDADES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD. NO OBSTANTE LO ANTERIOR EN CASO DE QUE SE COMPROBARE QUE MI OFICIO, PROFESIÓN O ACTIVIDAD NO CORRESPONDEN A LA DECLARADA EN LA PRESENTE SOLICITUD, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ABSTENDRÁN DE AFECTAR LA PÓLIZA Y PAGAR EL VALOR ASEGURADO.LOS DIFERENTES CON LOS QUE ADQUIRI MIS BIENES Y LOS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DEL SEGURO NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA CONTEMPLADA EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDÍCAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN DESCRITAS. POR TANTO LA FALSDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS, TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.ACEPTO QUE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y MI INCLUSIÓN EN ELLA SEA CONFORME A LA OPCIÓN DE PAGO ESCOGIDA. CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR PERÍODOS IGUALES, Y SE RENUEVE AUTOMÁTICAMENTE A SU VENCIMIENTO SEGÚN EL INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE CADA PRODUCTO. ESTE INCREMENTO SE HARÁ EN EL ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA Y ME OBLIGO AL PAGO DE LA PRIMA QUE SE CAUSE CON EL REAJUSTE DEL VALOR ASEGURADO PARA LOS PRODUCTOS A QUE HAYA LUGAR SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES. EN TODO CASO LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIARÁ DESDE LAS 00:00 HORAS DEL DÍA SIGUIENTE A LA ACEPTACIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD.AUTORIZO EXPRESAMENTE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS PARA REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR, SUMINISTRAR O DIVULGAR A CUALQUIER ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS, TODO LO RELATIVO A MI INFORMACIÓN COMERCIAL EN EL MOMENTO EN QUE EL LA DISPONGA. TAMBIÉN AUTORIZO DE MANERA EXPRESA A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA (MÉDICOS I.P.S., E.P.S., CLÍNICAS, HOSPITALES, CENTROS DE SALUD, ETC.) QUE ME HAYAN PRESTADO ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE SUMINISTREN EN CUALQUIER TIEMPO Y LUGAR LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS PREVIA SOLICITUD, COPIA COMPLETA DE MI HISTORIA CLÍNICA Y QUE TODA INFORMACIÓN QUE EL LA CONSIDERE NECESARIA RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD, DE IGUAL FORMA AUTORIZO AL TOMADOR PARA QUE CARGUE A MI CUENTA (AHORROS O CORRIENTE), CRÉDITO O TARJETA DE CRÉDITO ARRIBA INDICADA LAS SUMAS A QUE HAYA LUGAR SEGÚN LA PERIODICIDAD Y PRIMAS DE ACUERDO A LA OPCIÓN ELEGIDA. IGUALMENTE AUTORIZO A BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A. (ASEGURADORAS) A QUE EN CASO DE QUE EL PRODUCTO INDICADO EN LA PRESENTE SOLICITUD NO PUEDA SER DEBITADO, SE DESCUENTE EL VALOR DE ESTE SEGURO DE CUALQUIERA DE MIS PRODUCTOS VIGENTES CON EL BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A.DECLARO QUE MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR DEPENDIENTE O INDEPENDIENTE CORRESPONDE A LAS CONDICIONES PLASMADAS EN OBJETO DEL SEGURO DE DESEMPEÑO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES. DECLARO QUE NO PRACTICO DEPORTES DE ALTO RIESGO NI DE MANERA PROFESIONAL. <p>DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CLIENTE</p> <ol style="list-style-type: none">LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA SUPERIOR A 60 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE PAGO PACTADA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL, CONFORME A LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.ACEPTO QUE EL (LOS) SEGURO (S) ES (SON) ADQUIRIDO (S) DE MANERA VOLUNTARIA Y EL OTORGAMIENTO DEL PRODUCTO BANCARIO SOLICITADO NO ESTÁ CONDICIONADO A LA ADQUISICIÓN DEL (DE LOS) SEGURO (S) ACEPTADO (S) LIBREMENTE CON LA PRESENTE SOLICITUD.AUTORIZO AL BANCO COLPATRIA A COBRAR EL VALOR DE LA PRIMA DEL SEGURO DE FORMA MENSUAL O ANUAL CON CARGO AL PRODUCTO ASEGURADO O AUTORIZADO EN ESTA SOLICITUD.EN CASO DE QUE NO SE REALICE EL COBRO DE LA PRIMA DE SU PÓLIZA EN UN MES, ESTE SALDO PENDIENTE SERÁ CARGADO EN EL PRÓXIMO EXTRACTO JUNTO CON LOS COBROS CORRESPONDIENTES AL MES VIGENTE.LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE DOCUMENTO ES COMPLETA Y VERDÍCA, POR LO TANTO LA FALSDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLA PRODUCIRÁ LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO Y DEMÁS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.EN EL CASO QUE EL ASEGURADO POR CUALQUIER MOTIVO REALICE CAMBIO DEL PRODUCTO (TARJETA DE CRÉDITO) ASOCIADO AL SEGURO DEBERÁ INFORMAR POR ESCRITO O TELEFÓNICAMENTE A LA ASEGURADORA CON EL FIN DE CONTINUAR CON LOS PAGOS DEL SEGURO Y SEGUIR DISFRUTANDO DE LA COBERTURA ADQUIRIDA.SEGURO DE EXEQUIAS. DECLARO EN MI NOMBRE Y EN EL DEL GRUPO ASEGURADO QUE ACEPTAMOS QUE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE CONFORMIDAD CON EL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA, SEA CANCELADO MEDIANTE EL REEMBOLSO EN DINERO POR PARTE DE LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN COMPROBE HABER PAGADO EL VALOR DE LOS SERVICIOS FUNERARIOS, SIN EXCEDER DEL LÍMITE ASEGURADO, CON OCASIÓN DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL O DE CUALQUIER INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO O MEDIANTE REEMBOLSO A LA PERSONA JURÍDICA LEGALMENTE CONSTITUIDA PARA PRESTAR SERVICIOS EXEQUIALES. (APLICA PARA EL SEGURO DE EXEQUIAS).AUTORIZO QUE LOS SEGUROS ADQUIRIDOS POR MEDIO DE ESTA SOLICITUD SEAN RENOVADOS AUTOMÁTICAMENTE POR VIGENCIAS IGUALES A LA INICIALMENTE PACTADA SALVO DECISIÓN EN CONTRARIO, LA CUAL NOTIFICARE A TRAVÉS DE LOS CANALES DE ATENCIÓN DETALLADOS EN EL EXTRACTO ADJUNTO.DECLARO QUE ME HA SIDO ENTREGADO EL EXTRACTO DEL CLAUSULADO QUE CONTIENE ENTRE OTROS: LOS AMPAROS Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, EL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES, LOS CANALES PARA LA ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS, LAS CONSECUENCIAS DE UNA DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE Y DE LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO DE LAS CONDICIONES DE VALOR ASEGURADO, VALOR DE PRIMA, FORMA DE PAGO Y DEMÁS DECLARACIONES QUE OBRAN EN LA PRESENTE SOLICITUD. <p>ADVERTENCIA: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., ASUMEN EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PRESENTE CONTRATO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO. Como constancia de este recibido y solicitud de estos productos suscribo el presente documento.</p> <div><div><p><i>Blanca Emike Madina</i> FIRMA DEL SOLICITANTE <i>Blanca Emike Madina</i> NOMBRE 31.282.885 Obli No. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</p></div><div><p>HUELLA DACTILAR</p></div><div><p><i>276AN 9AVILA</i> FIRMA DEL ASESOR <i>276AN 9AVILA</i> NOMBRE <i>26.452.335</i> No. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</p></div></div>				

exclusividad
↓
obligo
jurídica.

No lo
está la
aseguradora

15 9-25 757-32
29-10 757-32
29-10 757-32
29-10 757-32
29-10 757-32

10-16 757-32
11-15 757-32
11-15 757-32
11-15 757-32

**POLIZA DE SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO
CON PLAN FAMILIA**

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

SUCURSAL	RAMO	POLIZA	FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA	CERTIFICADO DE	No. CERTIFICADO INDIVIDUAL
29	67	11000	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	ANUAL Renovable	MODIF. SIN M	1000410183
			24	11	2019	08	02	2019			
TOMADOR	BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.								Nit/CC	860034594-1	
DIRECCION	KR 7 No. 24 - 89					Ciudad	BOGOTA D.C		Telefono	7456300	
ASEGURADO	BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN								Documento Identidad	31282885	
DIRECCION	Carrera 46 A 12 35, CALI					Dpto	VALLE DEL CAUCA		Telefono	3345418	
Fecha de Nacimiento			Actividad					Número de Producto Asociado: Tarjeta/Créd.Consumo/CrédRotativo_			
Día	Mes	Año									
28	01	1957	ASALARIADOS					0000031282885004938131553			

AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS

PLAN: PLAN FAMILIA

LA FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO ES MENSUAL HYC AL DIA DE CORTE DEL PRODUCTO ASOCIADO A ÉSTE CERTIFICADO.

MORA: ESTA PÓLIZA ES DE VIGENCIA ANUAL CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA ANUAL Y PAGOS DE PRIMAS MENSUAL HYC LA MORA SUPERIOR A 60 DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE CERTIFICADO, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL.

DECLARO:

TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESION, U OFICIO SON LICITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES.

2. TENGO CONOCIMIENTO QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGURO, SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO: QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELLAS Estrictamente con la realidad, esta queda viciada de nulidad (ART. 1058 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO) Y QUE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. SE RESERVA TODOS LOS DERECHOS QUE PUEDAN ASISTIRLE EN CASO QUE ANTES O DESPUES DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO SE COMPRUEBE QUE ESTAS DECLARACIONES NO SEAN VERIDICAS.

3. ACEPTO QUE LA POLIZA Y MI INCLUSION EN ELLA SE RENUEVA AUTOMATICAMENTE EN FORMA ANUAL A NO SER QUE POR ESCRITO Y CON ANTELACION NO INFERIOR A TREINTA (30) DIAS MANIFIESTE A LA ASEGURADORA LO CONTRARIO.

4. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA Y CONFIRMABLE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCION, SEGUN RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

SE ADJUNTA EXTRACTO DE CONDICIONES DEL SEGURO FORMA 01/01/ 2017- V2285/2017

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.E A LOS 29 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022

EN CASO DE SINIESTRO POR FAVOR COMUNIQUESE CON LAS LINEAS DE ATENCION
AL CLIENTE EN BOGOTA: 4235757 O A NIVEL NACIONAL : 018000512620

FIRMA AUTORIZADA - REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: BANCO COLPATRIA RED - MULTIBANCA COLPATRIA S.A. NO SE HACE RESPONSABLE FRENTE A LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**POLIZA DE SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO
CON PLAN FAMILIA**

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

SUCURSAL	RAMO	POLIZA	FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA	CERTIFICADO DE	No. CERTIFICADO INDIVIDUAL
29	67	11000	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	ANUAL Renovable	RENOVACION A	1000410183
			03	02	2020	08	02	2020			
TOMADOR	BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.								Nit/CC	860034594-1	
DIRECCION	KR 7 No. 24 - 89					Ciudad	BOGOTA D.C		Telefono	7456300	
ASEGURADO	BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN								Documento Identidad	31282885	
DIRECCION	Carrera 46 A 12 35, CALI					Dpto	VALLE DEL CAUCA		Telefono	3345418	
Fecha de Nacimiento			Actividad					Número de Producto Asociado: Tarjeta/Créd.Consumo/CrédRotativo_			
Dia	Mes	Año									
28	01	1957	ASALARIADOS					0000031282885004938130032			
AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS											
PLAN:	PLAN FAMILIA										

LA FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO ES MENSUAL HYC AL DIA DE CORTE DEL PRODUCTO ASOCIADO A ÉSTE CERTIFICADO.

MORA: ESTA PÓLIZA ES DE VIGENCIA ANUAL CON RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA ANUAL Y PAGOS DE PRIMAS MENSUAL HYC LA MORA SUPERIOR A 60 DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE CERTIFICADO, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL.

DECLARO:

1. TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESION, U OFICIO SON LICITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES.
2. TENGO CONOCIMIENTO QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGURO, SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO: QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELLAS Estrictamente CON LA REALIDAD, ESTA QUEDA VICIADA DE NULIDAD (ART. 1058 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO) Y QUE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. SE RESERVA TODOS LOS DERECHOS QUE PUEDAN ASISTIRLE EN CASO QUE ANTES O DESPUES DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO SE COMPRUEBE QUE ESTAS DECLARACIONES NO SEAN VERIDICAS.
3. ACEPTO QUE LA POLIZA Y MI INCLUSION EN ELLA SE RENUEVA AUTOMATICAMENTE EN FORMA ANUAL A NO SER QUE POR ESCRITO Y CON ANTELACION NO INFERIOR A TREINTA (30) DIAS MANIFIESTE A LA ASEGURADORA LO CONTRARIO.
4. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA Y CONFIRMABLE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCION, SEGUN RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

SE ADJUNTA EXTRACTO DE CONDICIONES DEL SEGURO FORMA 01/01/ 2017- V2285/2017

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.E A LOS 29 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022

EN CASO DE SINIESTRO POR FAVOR COMUNIQUESE CON LAS LINEAS DE ATENCION
AL CLIENTE EN BOGOTA: 4235757 O A NIVEL NACIONAL : 018000512620

FIRMA AUTORIZADA - REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: BANCO COLPATRIA RED - MULTIBANCA COLPATRIA S.A. NO SE HACE RESPONSABLE FRENTE A LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**POLIZA DE SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO
CON PLAN FAMILIA**

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

SUCURSAL	RAMO	POLIZA	FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA	CERTIFICADO DE	No. CERTIFICADO INDIVIDUAL
29	67	11000	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	ANUAL Renovable	FACTURACION	1000410183
			03	02	2021	08	02	2021			
TOMADOR	BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.								Nit/CC	860034594-1	
DIRECCION	KR 7 No. 24 - 89					Ciudad	BOGOTA D.C		Telefono	7456300	
ASEGURADO	BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN								Documento Identidad	31282885	
DIRECCION	Carrera 46 A 12 35, CALI					Dpto	VALLE DEL CAUCA		Telefono	3345418	
Fecha de Nacimiento			Actividad				Número de Producto Asociado: Tarjeta/Créd.Consumo/CrédRotativo_				
Día	Mes	Año									
28	01	1957	ASALARIADOS				0000031282885004938130032				

AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS

PLAN: PLAN FAMILIA

ASEGURADO NOMBRE: BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN

AMPAROS	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	VALOR PRIMA
INC. TOTAL Y PTE	16,784,156.00	18,630.00
AMPARO BASICO DE MUERTE	16,784,156.00	188,374.00

LA FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO ES MENSUAL HYC AL DIA DE CORTE DEL PRODUCTO ASOCIADO A ÉSTE CERTIFICADO.

MORA: ESTA PÓLIZA ES DE VIGENCIA ANUAL CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA ANUAL Y PAGOS DE PRIMAS MENSUAL HYC LA MORA SUPERIOR A 60 DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE CERTIFICADO, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL.

DECLARO:

TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESION, U OFICIO SON LICITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES.

2. TENGO CONOCIMIENTO QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGURO, SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO: QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELLAS Estrictamente CON LA REALIDAD, ESTA QUEDA VICIADA DE NULIDAD (ART. 1058 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO) Y QUE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. SE RESERVA TODOS LOS DERECHOS QUE PUEDAN ASISTIRLE EN CASO QUE ANTES O DESPUES DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO SE COMPRUEBE QUE ESTAS DECLARACIONES NO SEAN VERIDICAS.

3. ACEPTO QUE LA POLIZA Y MI INCLUSION EN ELLA SE RENUEVA AUTOMATICAMENTE EN FORMA ANUAL A NO SER QUE POR ESCRITO Y CON ANTELACION NO INFERIOR A TREINTA (30) DIAS MANIFIESTE A LA ASEGURADORA LO CONTRARIO.

4. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA Y CONFIRMABLE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCION, SEGUN RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

SE ADJUNTA EXTRACTO DE CONDICIONES DEL SEGURO FORMA 02/03/2020-1404-P-34-V2285/MARZO/2020-0R00

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.E A LOS 29 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022

EN CASO DE SINIESTRO POR FAVOR COMUNIQUESE CON LAS LINEAS DE ATENCION
AL CLIENTE EN BOGOTA: 4235757 O A NIVEL NACIONAL : 018000512620

FIRMA AUTORIZADA - REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: BANCO COLPATRIA RED - MULTIBANCA COLPATRIA S.A. NO SE HACE RESPONSABLE FRENTE A LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

POLIZA DE SEGURO DE BANCA SEGUROS GRUPO
CON PLAN FAMILIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

SUCURSAL	RAMO	POLIZA	FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA	CERTIFICADO DE	No. CERTIFICADO INDIVIDUAL
29	67	11000	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	ANUAL Renovable	RENOVACION A	1000410183
			10	02	2022	08	02	2022			
TOMADOR	BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.								Nit/CC	860034594-1	
DIRECCION	KR 7 No. 24 - 89					Ciudad	BOGOTA D.C		Telefono	7456300	
ASEGURADO	BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN								Documento Identidad	31282885	
DIRECCION	Carrera 46 A 12 35, CALI					Dpto	VALLE DEL CAUCA		Telefono	3345418	
Fecha de Nacimiento			Actividad					Número de Producto Asociado: Tarjeta/Créd.Consumo/CrédRotativo_			
Día	Mes	Año									
28	01	1957	ASALARIADOS					0000031282885004938130032			
AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS											
PLAN:	PLAN FAMILIA										

LA FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO ES MENSUAL HYC AL DIA DE CORTE DEL PRODUCTO ASOCIADO A ÉSTE CERTIFICADO.

MORA: ESTA PÓLIZA ES DE VIGENCIA ANUAL CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA ANUAL Y PAGOS DE PRIMAS MENSUAL HYC LA MORA SUPERIOR A 60 DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE CERTIFICADO, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL.

DECLARO:

1. TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESION, U OFICIO SON LICITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES.
2. TENGO CONOCIMIENTO QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGURO, SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO: QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELLAS Estrictamente CON LA REALIDAD, ESTA QUEDA VICIADA DE NULIDAD (ART. 1058 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO) Y QUE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. SE RESERVA TODOS LOS DERECHOS QUE PUEDAN ASISTIRLE EN CASO QUE ANTES O DESPUES DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO SE COMPRUEBE QUE ESTAS DECLARACIONES NO SEAN VERIDICAS.
3. ACEPTO QUE LA POLIZA Y MI INCLUSION EN ELLA SE RENUEVA AUTOMATICAMENTE EN FORMA ANUAL A NO SER QUE POR ESCRITO Y CON ANTELACION NO INFERIOR A TREINTA (30) DIAS MANIFIESTE A LA ASEGURADORA LO CONTRARIO.
4. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA Y CONFIRMABLE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCION, SEGUN RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

SE ADJUNTA EXTRACTO DE CONDICIONES DEL SEGURO FORMA 02/03/2020-1404-P-34-V2285/MARZO/2020-0R00

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.E A LOS 29 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022

EN CASO DE SINIESTRO POR FAVOR COMUNIQUESE CON LAS LINEAS DE ATENCION
AL CLIENTE EN BOGOTA: 4235757 O A NIVEL NACIONAL : 018000512620

FIRMA AUTORIZADA - REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: BANCO COLPATRIA RED - MULTIBANCA COLPATRIA S.A. NO SE HACE RESPONSABLE FRENTE A LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.



FECHA DE NACIMIENTO
CALI
(VALLE)

28-ENE-1957

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

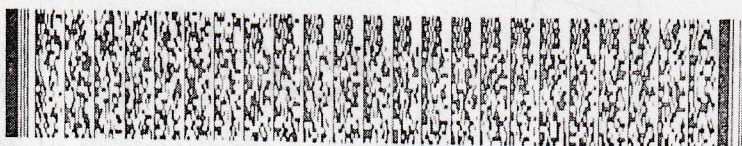
SEXO

02-NOV-1976 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3100150-00050923-F 0031282885-20060816

0002217007A 1

2780019326

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.282.885**

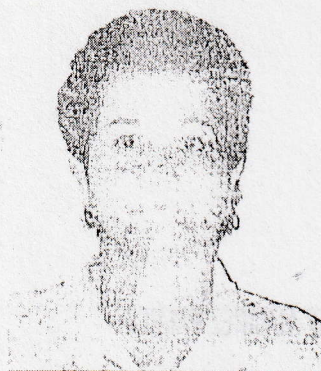
MOLINA GAITAN

APELLIDOS

BLANCA EMILSE

NOMBRES

Blanca Emilse Molina Gaitan
FIRMA




REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16537513

MIRA MOLINA
APELLIDOS

CARLOS EDUARDO
NOMBRES

Carlos Eduardo Mira
FIRMA



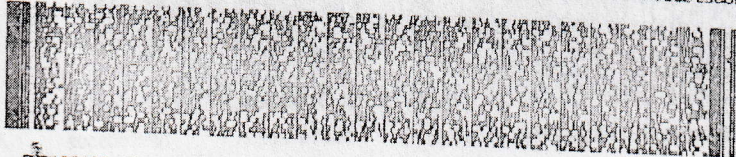
FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1982
CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-OCT-2000 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P2100100-65088352-M-0016537513-20010522 0037101138A 01 098533315

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.331.834

MIRA BUILES

APELLIDOS

JAVIER TARCISIO

NOMBRES

Javier Tarcisio Mira B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1953

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

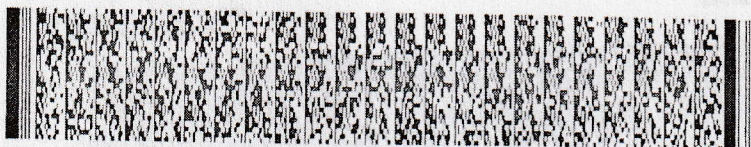
1.73
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-1974 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00045041-M-0006331834-20080811

0001995020A 1

3270005502

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.107.095.292

MIRA MOLINA

APELLIDOS

JOSE ALEJANDRO

NOMBRES

Jose Alejandro M

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1996

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82
ESTATURA

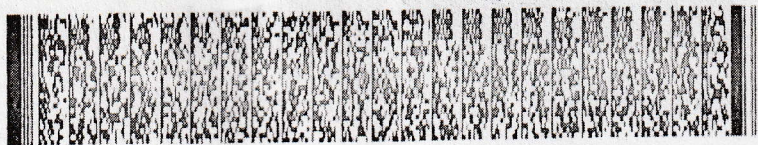
O-
G.S. RH

M
SEXO

18-FEB-2014 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-3100100-00560215 M 1107095292-20140407

0037819851A 1

42479734



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

10664851

Datos de la oficina de registro		Notaria 11	
Clase de oficina:	Registraduría	Notaria	<input checked="" type="checkbox"/> Consulado
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía		Corregimiento	Insp. de Policía
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI		Código	T 4 Z

Datos del inscrito	
Apellidos y nombres completos	
MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
Cédula de Ciudadanía Nro. 31.282.885	Femenino

Datos de la defunción	
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía	
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI	
Fecha de la defunción	Hora
Año 2 0 2 2 Mes M A R Día 2 7 17:00	Número de certificado de defunción
73118128-1	
Presunción de muerte	
Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
Documento presentado	Año Mes Día
AutORIZACIÓN JUDICIAL	Nombre y cargo del funcionario
Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>	HECTOR FABIO ALZATE S- MEDICO

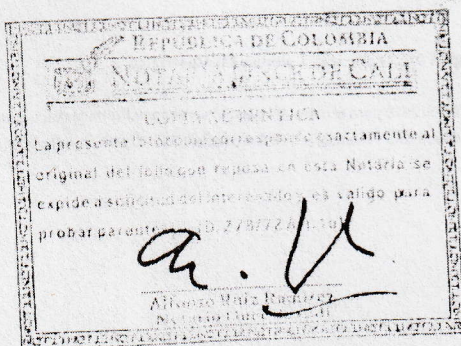
Datos del denunciante	
Apellidos y nombres completos	
GOMEZ HERNANDEZ LUIS ANGEL	
Documentos de identificación (Clase y número)	
Cédula de Ciudadanía Nro. 13.990.3849	

Primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	
Año 2 0 2 2 Mes M A R Día 2 8	Nombre y firma del funcionario
ALFONSO RUIZ RAMIREZ	

ESPACIO PARA NOTAS	
--------------------	--



10 MAY 2022

NOMBRE DEL CONTRAYENTE *Javier Torasio Mira Boiles*

NOMBRE DE LA CONTRAYENTE *Blanca Emilse Molina Eaitan*

En la República de *Colombia* Departamento de *Valle*

Municipio de *Cali*

a las *8 1/2* días *26* del mes de *enero*

de mil novecientos *80* contrajeron matrimonio *Católico* en *progr.*

San Juan Bautista el señor (católico o civil) nombre de

la Iglesia o lugar

de *26* años de edad, natural de *Medellín* República de *Col.*

vecino de *Cali* (ciudad o pueblo) de estado civil anterior *soltero* (nombre del país)

de profesión *Empleado* y la señor (soltero o viudo de)

de *23* años de edad, natural de *Cali* República de *Col.*

vecina de *Cali* de estado civil anterior *soltera* (soltero o viuda de)

de profesión *Educadora*

La ceremonia la celebró *Episcopio de los Rios* (nombre del sacerdote o funcionario)

En constancia se firma esta acta hoy *Febrero 19/80* (fecha del acta)

El contrayente, *[Firma]* C.G. 331.834 *[Firma]*

La contrayente, *Blanca Emilse Molina* C.G. 31.282.885 *Cali*

El testigo, (Cda. N°)

El testigo, (Cda. N°)

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VALLE
[Firma]
Manuel J. Martínez
Notario de Cali

Los contrayentes declaran que en virtud de este matrimonio quedan debidamente legitimados sus hijos:

(Firma del padre que hace el reconocimiento) (Firma de la madre que hace el reconocimiento)

(Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento)

ENERO	01	FEBRERO	02	MARZO	03	ABRIL	04
MAYO	05	JUNIO	06	JULIO	07	AGOSTO	08
SEPT.	09	OCTUBRE	10	NOV.	11	DIC.	12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

6533933

IDENTIFICACION No

1) Parte básica	2) Parte complementaria
820.3.19	00626

e al no nacimiento

1) Clase (Notaria, Alcaldía, Corregimiento, etc.)
- Notaria 9ª -

4) Municipio y Departamento, Intendencia o Territorio
- Cali (CV) -

5) Código

SECCION GENERAL

6) Primer apellido Mira -	7) Segundo apellido Molina -	8) Nombres Carlos Eduardo -
9) Masculino o Femenino Masculino	10) Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	11) Fecha de nacimiento 19 marzo 82.
12) Colombia	13) Valle	14) Cali

SECCION ESPECIFICA

15) Clínica, Hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento I.S.S.	16) Hora 11:15 AM
17) Certificado presentado. Antecedente del médico, el parto, etc. Certificado médico.	18) Firma del profesional que emite el certificado Firma ilegible
19) Apellidos (de soltera) Molina Bautista -	20) Nombre del padre, con la firma del nacimiento Blanca Emilio.
21) Identificación (clase y número) cc # 31.282.885 Cali (CV)	22) Nacionalidad Colombiana
23) Apellidos Mira Builes -	24) Profesión u oficio Profesora.
25) Identificación (clase y número) cc # 6.331.834 Jamundí	26) Nombre Javier Farciso.
27) Dirección postal Cra 49 # 1348 Jorp. Savas	28) Profesión u oficio Empleado.
29) Identificación (clase y número) cc # 6.331.834 Jamundí	30) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
31) Municipio (Municipio) Jamundí	32) Nombre Javier T. Mira B.
33) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	34) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
35) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	36) Nombre Javier T. Mira B.
37) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	38) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
39) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	40) Nombre Javier T. Mira B.
41) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	42) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
43) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	44) Nombre Javier T. Mira B.
45) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	46) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
47) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	48) Nombre Javier T. Mira B.
49) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	50) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
51) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	52) Nombre Javier T. Mira B.
53) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	54) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
55) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	56) Nombre Javier T. Mira B.
57) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	58) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
59) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	60) Nombre Javier T. Mira B.
61) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	62) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
63) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	64) Nombre Javier T. Mira B.
65) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	66) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
67) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	68) Nombre Javier T. Mira B.
69) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	70) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
71) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	72) Nombre Javier T. Mira B.
73) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	74) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
75) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	76) Nombre Javier T. Mira B.
77) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	78) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
79) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	80) Nombre Javier T. Mira B.
81) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	82) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
83) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	84) Nombre Javier T. Mira B.
85) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	86) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
87) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	88) Nombre Javier T. Mira B.
89) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	90) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
91) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	92) Nombre Javier T. Mira B.
93) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	94) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
95) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	96) Nombre Javier T. Mira B.
97) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	98) Firma (autógrafa) Javier T. Mira B.
99) Identificación (clase y número) cc # 49 # 1348 Jorp. Savas	100) Nombre Javier T. Mira B.

26 ABR 2022

NOTARIA ENCARGADA
FIRMA BAJO RESOLUCIÓN
03369/2022

ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA
NOTARIA NOVENA ENCARGADA DEL CIRCULO DE CALI



ENERO	01	FEBRERO	02	MARZO	03	ABRIL	04
MAYO	05	JUNIO	06	JULIO	07	AGOSTO	08
SEPT	09	OCTUBRE	10	NOV	11	DIC	12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

1 Parte básica	2 Parte compl.
880513	

8720748

3 Tipo (Notaria, Alcaldía, Corregimiento, etc.)	4 Municipio, Departamento, Intendencia o Comisaría	5 Código
NOTARIA NOVENA	Cali - Valle	999

SECCION GENERAL

6 Apellido	7 Primer apellido	8 Nombre
MIRA	Molina	JULIAN DAVID
9 Sexo o femenino	10 Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	11 Día 12 Mes 13 Año
MACHADO		11 12 MAYO 13 1988
14 País	15 Departamento, Int., o Com.	16 Municipio
Colombiana	Valle	Cali

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento	18 Hora
19 Certificado - Antecedente (Médico, Acta parroquial, etc.)	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento
21 Certificado	22 No licencia
23 Apellidos (de soltera)	24 Edad actual
25 Identificación (clase y número)	26 Nacionalidad
27 MIRA BUILES	28 Colombiana
29 Identificación (clase y número)	30 Profesión u oficio
31 6.331.434	32 Empleado
33 Dirección postal y municipio	34 Nombre
35 46A # 12-35 al PANAMERICANO	36 Firma (autógrafa)
37 Identificación (clase y número)	38 Nombre
39 Comercio (Municipio)	40 Firma (autógrafa)
41 Identificación (clase y número)	42 Nombre
43 Comercio (Municipio)	44 Firma (autógrafa)
45 Identificación (clase y número)	46 Nombre
47 Comercio (Municipio)	48 Firma (autógrafa)
49 Identificación (clase y número)	50 Nombre
51 Comercio (Municipio)	52 Firma (autógrafa)
53 Identificación (clase y número)	54 Nombre
55 Comercio (Municipio)	56 Firma (autógrafa)
57 Identificación (clase y número)	58 Nombre
59 Comercio (Municipio)	60 Firma (autógrafa)
61 Identificación (clase y número)	62 Nombre
63 Comercio (Municipio)	64 Firma (autógrafa)
65 Identificación (clase y número)	66 Nombre
67 Comercio (Municipio)	68 Firma (autógrafa)
69 Identificación (clase y número)	70 Nombre
71 Comercio (Municipio)	72 Firma (autógrafa)
73 Identificación (clase y número)	74 Nombre
75 Comercio (Municipio)	76 Firma (autógrafa)
77 Identificación (clase y número)	78 Nombre
79 Comercio (Municipio)	80 Firma (autógrafa)
81 Identificación (clase y número)	82 Nombre
83 Comercio (Municipio)	84 Firma (autógrafa)
85 Identificación (clase y número)	86 Nombre
87 Comercio (Municipio)	88 Firma (autógrafa)
89 Identificación (clase y número)	90 Nombre
91 Comercio (Municipio)	92 Firma (autógrafa)
93 Identificación (clase y número)	94 Nombre
95 Comercio (Municipio)	96 Firma (autógrafa)
97 Identificación (clase y número)	98 Nombre
99 Comercio (Municipio)	100 Firma (autógrafa)

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

13 Mayo 1488

REGISTRO CIVIL

LA SUSCRITA NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI,
CERTIFICA QUE: EL PRESENTE REGISTRO ES FIEL COPIA DEL
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A
SOLICITUD DEL INTERESADO PARA: FINES LEGALES

26 ABR 2022

NOTARIA ENCARGADA
FIRMA BAJO RESOLUCIÓN
03369/2022

ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA
NOTARIA NOVENA ENCARGADA DEL CIRCULO DE CALI

