



SEÑORES  
JUZGADO OCTAVO (08) LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI  
E. S. D.

**ASUNTO: SUBSANACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**  
**RADICADO: 76001310500820240004900**  
**DEMANDANTE: MARIA EUGENIA OSORIO GONZÁLEZ**  
**DEMANDADA: COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTÍAS.**

**MÓNICA PATRICIA REY GARCÍA**, mayor de edad, abogada en ejercicio, identificada con cédula de ciudadanía núm. 1.095.809.530 y T.P. 376.822 del C.S. de la J., obrando en calidad de abogada sustituta de **COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTÍAS**, de acuerdo con la sustitución a mí realizada por el Doctor **FABIO ERNESTO SÁNCHEZ PACHECO**, identificado con cédula de ciudadanía número. 74.380.264 y T.P. 236.470 del C.S. de la J., quien obra como representante legal de la Sociedad REAL CONTRACT CONSULTORES S.A.S., identificada comercialmente bajo el NIT núm. 901.546.704-9 obrando en nombre y representación de COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTÍAS (en adelante COLFONDOS S.A.), identificada con NIT 800149496 - 2, dentro del término para hacerlo, con toda atención me permito subsanar el llamamiento en garantía, en los siguientes términos:

#### I. PARTE DEMANDADA

COLFONDOS S.A., con matrícula mercantil 00479284 del 26 de noviembre de 1991 de la Cámara de Comercio de Bogotá, identificada con NIT 800149496 – 2, con domicilio en la ciudad de Bogotá, representada legamente por Marcela Giraldo García identificada con cédula de ciudadanía No. 52.812.482.

#### II. OPORTUNIDAD Y PROCEDENCIA

Muy respetuosamente me permito dar cumplimiento a su auto del 17 de abril de 2024, mediante el cual se inadmite llamamiento en garantía, y en consecuencia la subsano en la siguiente forma estando en el tiempo oportuno ya que el tiempo concedido de 5 días para allegar el escrito de subsanación con la documentación solicitada se vence el día 24 de abril de 2024. Allegando e informando lo siguiente:

En cuanto al llamamiento en garantía, se indica que en el auto de fecha 17 de abril de 2024:

Se observa igualmente que la apoderada judicial de COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTÍAS, elevó solicitud de llamamiento en garantía respecto de ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., conforme a los artículos 64 a 66 del Código General del Proceso, pero sin aportar la póliza de seguro previsional de invalidez y sobrevivencia en la cual sustenta el llamamiento en garantía, por lo que habrá de inadmitirse la misma de conformidad con el artículo 90 del C.G. del P., para que subsane la falencia indicada.

Por ende, se procede a adjuntar la póliza de seguro de invalidez y sobrevivencia número: 0209000001

Atentamente,

**MÓNICA PATRICIA REY GARCÍA**  
C.C. No. 1.095.809.530 de F/blanca.  
T.P. 376.822 Del C.S. de la J.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

POLIZA DE SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES

CONDICIONES GENERALES

1. AMPARO

LA COMPAÑÍA CUBRE A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL, VINCULADOS AL FONDO DE PENSIONES ADMINISTRADO POR LA SOCIEDAD INDICADA EN ESTA PÓLIZA Y SE OBLIGA A PAGAR, EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY 100 DE 1993 Y SUS REGLAMENTOS, LA SUMA ADICIONAL QUE SE REQUIERA PARA COMPLETAR EL CAPITAL NECESARIO CORRESPONDIENTE AL AFILIADO QUE SEA DECLARADO INVALIDO POR UN DICTAMEN EN FIRME O QUE FALLEZCA Y GENERE PENSION DE SOBREVIVIENTES, SIEMPRE QUE TALES EVENTOS SEAN CONSECUENCIA DE RIESGO COMUN, OCURRAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA Y SE CUMPLAN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.1 QUE EL AFILIADO SE ENCUENTRE COTIZANDO AL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD, MEDIANTE SU VINCULACIÓN A LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA INDICADA EN ESTA PÓLIZA Y HUBIERE COTIZADO, POR LO MENOS 26 SEMANAS AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL ESTADO DE INVALIDEZ O EL FALLECIMIENTO, AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES CREADO POR LA LEY 100 DE 1993.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE QUE UN AFILIADO SE ENCONTRABA COTIZANDO SI EL HECHO QUE DETERMINA LA INVALIDEZ O SU MUERTE SE PRODUCE EN EL TIEMPO EN QUE SE HALLABA VINCULADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO O COMO SERVIDOR PÚBLICO, SI SE TRATA DE UN AFILIADO EN CALIDAD DE OBLIGATORIO, O SI HUBIERE COTIZADO EN EL MES CALENDARIO ANTERIOR A ESTOS HECHOS, SI SE TRATA DE UN AFILIADO EN FORMA VOLUNTARIA.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

- 1.2 QUE HABIENDO DEJADO DE COTIZAR AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES CREADO POR LA LEY 100 DE 1993, HUBIERE EFECTUADO APORTES DURANTE POR LO MENOS VEINTISÉIS (26) SEMANAS DEL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR AL MOMENTO EN QUE SE PRODUZCA EL ESTADO DE INVALIDEZ O EL FALLECIMIENTO, DE LAS CUALES POR LO MENOS LA ÚLTIMA HUBIERE SIDO COTIZADA A LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA INDICADA EN ESTA PÓLIZA.

PARA LOS EFECTOS DEL CÓMPUTO DE LAS SEMANAS A QUE SE HACE REFERENCIA, SE TENDRÁ EN CUENTA LO DISPUESTO EN LOS PARÁGRAFOS 1 Y 2 DEL ARTÍCULO 33 DE LA LEY 100 DE 1993.

LA COMPAÑÍA, IGUALMENTE, CUBRE EL AUXILIO FUNERARIO POR FALLECIMIENTO POR RIESGO COMÚN DE UN AFILIADO VINCULADO A LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA INDICADA EN ESTA PÓLIZA, QUE CUMPLA LOS REQUISITOS INDICADOS ANTERIORMENTE.

PARAGRAFO.- EL AUXILIO FUNERARIO SE REGIRÁ POR EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 100 DE 1993.

2. EXCLUSIONES

NO HABRA COBERTURA POR ESTA POLIZA SI LA INVALIDEZ O EL FALLECIMIENTO ES CONSECUENCIA DE:

- 2.1 LA PARTICIPACIÓN DEL AFILIADO EN GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, ACTOS TERRORISTAS, SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O COMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.
- 2.2 FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, DE CUALQUIER CLASE O POR CUALQUIER CAUSA.
- 2.3 INVALIDEZ PROVOCADA INTENCIONALMENTE.
- 2.4 ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL, DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES CONSAGRADAS EN LOS ARTICULOS 199 Y 200 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

PARAGRAFO. NO TENDRAN COBERTURA LAS PERSONAS EXCLUIDAS DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 61 DE LA LEY 100 DE 1993 Y DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS, NI EL AFILIADO QUE DEJE DE COTIZAR A LA ADMINISTRADORA SEÑALADA EN LA PRESENTE POLIZA, SIN PERJUICIO DE LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 1.2 DE LA CONDICION AMPARO.

3. DEFINICIONES

- 3.1 TOMADOR: La sociedad administradora de fondos de pensiones o de fondos de pensiones y de cesantías que contrata el presente Seguro de Invalidez y Sobrevivientes.
- 3.2 ASEGURADOS: Las personas afiliadas al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad del Sistema General de Pensiones creado por la Ley 100 de 1993, vinculadas a la sociedad administradora indicada en esta póliza.
- 3.3 AFILIADO: Las personas que se encuentran definidas en el artículo 15 de la Ley 100 de 1993.
- 3.4 INVALIDO: El afiliado declarado como tal conforme al artículo 38 de la Ley 100 de 1.993 y las normas que lo reglamenten, por las Juntas Regionales o Seccionales de Calificación de Invalidez, o por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez cuando esta resuelva en segunda instancia.
- 3.5 PENSION DE REFERENCIA DE INVALIDEZ: Es el equivalente al monto indicado en los literales a) y b) del artículo 40 de la Ley 100 de 1993.
- 3.6 PENSION DE REFERENCIA DE SOBREVIVIENTES: Es el equivalente al monto indicado en el inciso 2 del artículo 48 de la Ley 100 de 1993.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

3.8 CAPITAL NECESARIO: Es el valor actual esperado de:

- La pensión de referencia de invalidez o sobrevivientes, según el caso, que se genere en favor del afiliado y su grupo familiar desde la fecha de su fallecimiento o del momento en que el dictamen de invalidez quede en firme y hasta la extinción del derecho a la pensión en su favor y en el de cada uno de los beneficiarios conocidos.
- El auxilio funerario en caso de muerte.

3.8 SUMA ADICIONAL: Es el valor que resulta de la diferencia entre el capital necesario y la suma de los recursos de la cuenta de ahorro individual provenientes de aportes obligatorios y el bono pensional si lo hubiere, a la fecha en que el afiliado fallezca o quede en firme el dictamen de invalidez. Cuando dicha diferencia sea negativa la suma adicional será igual a cero.

4. VALORES ASEGURADOS

Este seguro cubre el valor de:

- Las sumas adicionales para completar el capital que financie el monto de la pensión, que correspondan a los afiliados que sean declarados inválidos por un dictamen en firme o que fallezcan y generen pensiones de sobrevivientes.
- El auxilio funerario de los afiliados

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

5. PRIMA

La Compañía concede al tomador un plazo de gracia equivalente al número de días consignado en la carátula de la póliza, sin recargo de intereses, para el pago de las primas, para las primas subsiguientes a la primera; este plazo se contará desde la fecha de vencimiento del período de pago inmediatamente anterior. Si dentro del período de pago se expide un certificado o anexo en aplicación a la póliza, el plazo de gracia se contará a partir de la fecha de elaboración de tal certificado o anexo.

La mora en el pago de la prima, dentro de las oportunidades indicadas, producirá la terminación automática de la presente póliza.

Durante el plazo de gracia se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro la Compañía pagará la indemnización correspondiente, previa deducción de las primas causadas y pendientes de pago.

6. PARTICIPACION EN BENEFICIO DE LOS AFILIADOS

La aseguradora entregará a la sociedad administradora los beneficios resultantes de la participación en los resultados de la póliza, para que ésta los distribuya entre sus afiliados, mediante abonos en sus cuentas individuales.

La fórmula de cálculo de la participación, así como los períodos para su aplicación se determinarán mediante anexo a esta póliza.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

7. OCURRENCIA DEL SINIESTRO

El siniestro se entenderá ocurrido a la fecha de fallecimiento del afiliado o de acaecimiento del hecho que origine el estado de invalidez, según el caso. En este último evento la entidad aseguradora está obligada al pago de la suma adicional una vez esté en firme el dictamen de la Junta de Calificación de la invalidez.

8. RECLAMACION Y PAGO DE LA SUMA ADICIONAL Y DEL AUXILIO FUNERARIO

La sociedad administradora formulará la reclamación acompañada de los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro y su cuantía, con base en lo cual, la Compañía aseguradora le trasladará la suma adicional dentro de los dos (2) días hábiles siguientes. Lo mismo procederá para el auxilio funerario.

9. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR REVISION DE LA INVALIDEZ QUE INCREMENTE LA PENSION

Cuando la revisión de la invalidez de que trata el artículo 44 de la Ley 100 de 1.993 produzca un aumento de su grado que incremente el valor de la pensión de invalidez, deberá efectuarse un nuevo cálculo del capital necesario, utilizando para el efecto la nueva pensión de referencia de invalidez, caso en el cual la entidad aseguradora deberá pagar el valor que se requiera para completar la suma adicional a que haya lugar.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

10. DERECHO DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA A LA RESTITUCION PROPORCIONAL DE LA SUMA ADICIONAL PAGADA EN CASO DE REVERSION DE LA INVALIDEZ

Cuando por efecto de la revisión del estado de invalidez a que se refiere el artículo 44 de la Ley 100 de 1993, se determine la cesación o disminución del grado de invalidez del afiliado, que extinga el derecho a la pensión de invalidez o disminuya el monto de la misma, según el caso, la entidad aseguradora que pagó la suma adicional requerida para pagar el capital necesario, tendrá derecho a que la sociedad administradora le restituya una porción de la suma adicional, que se calculará imputando los recursos que financiaron la pensión durante el período de invalidez, a todos los componentes de financiación de la pensión.

11. PAGOS PROVISIONALES

La compañía, si las normas pertinentes así lo permiten, podrá realizar, en virtud del presente seguro, pagos provisionales a los afiliados, en desarrollo del trámite para la calificación de la invalidez.

12. REEMBOLSO DE PAGO POR INCAPACIDADES

Si en un dictamen de invalidez se fija como fecha de la misma un momento anterior a aquel en que el dictamen quede en firme, el capital necesario se calculará tomando como fecha de la invalidez la establecida en el dictamen. En este caso si en desarrollo del artículo 206 de la ley 100 de 1.993, el afiliado hubiere percibido prestaciones económicas por incapacidad provenientes del sistema de salud, la entidad aseguradora reembolsará, con cargo a las mesadas respectivas, en favor de la entidad que pagó dichas prestaciones y hasta por el importe de las mismas, las incapacidades correspondientes al período comprendido entre la fecha fijada en el dictamen y la fecha de expiración de la prestación por incapacidad. El saldo, si lo hubiere, será entregado al afiliado inválido.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

13. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

La sociedad administradora se obliga a:

- 13.1 Pagar la prima en la forma y términos fijados en la presente póliza.
- 13.2 Proporcionar a la entidad aseguradora, de manera oportuna, toda la información necesaria que permita apreciar correctamente el riesgo, o que tenga relación directa en aspectos relevantes del presente contrato, en particular informar sobre cualquier solicitud de pensión de sobrevivientes o de invalidez que le formulen a la sociedad administradora.
- 13.3 Informar a la entidad aseguradora la ocurrencia del siniestro y poner a disposición de la compañía los antecedentes que acrediten dicho siniestro y permitan determinar su cuantía.
- 13.4 Proporcionar a la entidad aseguradora, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes, la información relativa a solicitudes de pensiones de sobrevivientes e invalidez que le formulen, junto con la información adicional que la aseguradora requiera.
- 13.5 Reportar oportunamente toda la información sobre las modificaciones y novedades que se hagan en el registro de afiliados.
- 13.6 La administradora en su condición de tomador, deberá informar a la aseguradora, dentro de los dos (2) días siguientes a la presentación de la solicitud de dictámen de invalidez ante la Junta Regional, el capital necesario que financie el monto de las pensiones, precisando el saldo que a la fecha hubiere en la cuenta de ahorro pensional y el bono pensional a que tenga derecho el afiliado, si es el caso.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

14. GARANTIA DE RENTA VITALICIA

La Entidad Aseguradora se obliga a expedir una póliza de renta vitalicia y a pagar una pensión no inferior al 100% de la pensión de referencia indicada en la condición tercera de ésta póliza, si el afiliado inválido o los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes por muerte del afiliado, según el caso, optan por contratar como modalidad de pensión un seguro de renta vitalicia con la misma entidad aseguradora que otorga el presente seguro.

15. RENOVACION DEL CONTRATO

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes. Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento, no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado, en iguales condiciones, por un período igual al pactado.

16. REVOCACION DEL CONTRATO

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a la Compañía.

El hecho de que la Compañía reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos a dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

17. DERECHO A INSPECCION

El Tomador autoriza a la Compañía aseguradora para inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

18. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todo afiliado debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que le señale la Compañía.

19. PRESCRIPCION

La prescripción se regirá por las normas legales vigentes.



# Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

NIT 860 027 404-1

POLIZA DE SEGURO DE: **INVALIDES Y SOBREVIVIENTES**

CIA.	RAMO	PLAN	CERTIFICADO No.	POLIZA No.	REFERENCIA
04	09	001	913746	204000001	

SUCURSAL	NOMBRE RAMO	CERTIFICADO DE	ANO	C CORR
BOGOTÁ	INVALIDES Y SOBREVIVIENTES	ADICIONAL ENER/95		
TOMADOR	ASEGURADO	CC. NIT		
		000.140.400-1		
DIRECCION	TELEFONO	CUIDAD	CC. NIT	
	2121000	BOGOTÁ	000.140.400-1	
BENEFICIARIO	PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO	DESDE	A LAS	HASTA
		01	12	01
VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	A LAS	HS	HS
	01	12	01	01

RIESGOS A PARAROS  
VALOR ASEGURADO

CONRESPONDIENTE A LA SOLA ADICIONAL DE SOBREVIVIENTES CON EL NUMERAL 3.0 DE LA CLAUDULA DEFINICIONES

PARALIZO TEMPORARIO SE REGULA POR EL ARTICULO 30 DE LA LEY 100/95

INVALIDES CONRESPONDIENTE A LA SOLA ADICIONAL DE INVALIDES CON EL NUMERAL 3.0 DE LA CLAUDULA DEFINICIONES **1.211.290.695**

OBSERVACIONES	CHEQUE No.	TOTAL A	\$
...			
COD. BANCO	NOMBRE BANCO		

EN FE DE LO CUAL LA COMPANIA EXPIDE EL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ A LOS ... DIAS DEL MES DE ...

FIRMA AUTORIZADA \_\_\_\_\_ DIRECCION PARA NOTIFICACIONES \_\_\_\_\_ FIRMA TOMADOR \_\_\_\_\_

0913746

# Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

NIT 860.027.404-1

CIA.	RAMO	PLAN	CERTIFICADO No.	POLIZA No.	D. REFERENCIA
04	09		0917394	0209000001	

POLIZA DE SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES

SUCURSAL	NOMBRE RAMO		CERTIFICADO DE	AÑO	C. CORR.
CONSEJEROS BOGOTA	INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES		RENOVACION		
TOMADOR	ASEGURADO		C.C. & NIT.		D
COLFONDOS S.A.	AFILIADOS A COLFONDOS S.A. DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA CLASULA DEFINICIONES 3.2		800 149 496		2
DIRECCION	TELEFONO	CUIDAD	C.C. & NIT.		D
Calle 07 # 7-09 PISO 7	2121900	SANTAFE DE BOGOTA			
BENEFICIARIO	PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO	DESDE	HASTA	A LAS	D
CONSEJEROS S.A.		01 01 90	31 12 90		

**EXEMPTOS:**

CIVIL. ENT.

172 100

**RIESGOS ABRANGIDOS:**

VR. ASIGNADA

VR. RUMAS

**ALICUOTA:**

CONTRIBUYENTE A LA SUP. ADICIONAL DE ACUERDO CON EL NUMERAL 3.3 DE LA CLASULA DEFINICIONES

**IMPORTE:**

CONTRIBUYENTE A LA SUP. ADICIONAL DE ACUERDO CON EL NUMERAL 3.3 DE LA CLASULA DEFINICIONES

**VALOR ABRANGIDO:**

SE REGISTRA CON EL ANEXO 85 DE LA LEY 100/93

BOGOTA 14 DE FEBRERO DE 1990

AGENCIA UNION

RELACION

MEMORIAL DE ASEGURADOS

OBSERVACIONES			TOTAL A	S -0-
RENOVACION DE LA POLIZA 01-01-90 A 31-12-90				
COD. BANCO	NOMBRE BANCO	CHEQUE No.		S
				S
				S
				S
				S
				S
				S
				S -0-

EN FE DE LO CUAL, LA COMPANIA EXPIDE EL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE **SANTAFE DE BOGOTA** A LOS **04** DIAS DEL MES DE **04** DE 1.99 **0** SUCURSAL O AGENCIA

**CONSEJEROS BOGOTA**

FIRMA AUTORIZADA \_\_\_\_\_ DIRECCION PARA NOTIFICACIONES \_\_\_\_\_ FIRMA TOMADOR \_\_\_\_\_

# Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

NIT 860.027.004-1

CIA	RAV	PLAN	CERTIFICADO N°	PO	D	REFERENCIA
04	09	01	1541297	0209000001	3	

POLIZA DE SEGURO DE: **INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES**

AGENCIA DEL SEGURO	INCOPIERAVO	DEFERIDO DE	CC ENT
CORREDORES BOGOTA	INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES	RENOVACION	800.149.496 2
COLFONDOS S.A.			CC ENT
AFILIADOS A COLFONDOS S.A. DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA CLAUSULA DE DEFINICIONES 3.2.			CC ENT
CALLE 57 No 7-34 PISO 7	TELEFONO	CODIGO	CC ENT
	2121900	SANTAFE DE BOGOTA	800.149.496
COLFONDOS S.A.			
PERIODO QUE CUERE ESTE CERTIFICADO	DESDE	HASTA	
	31 12 96	31 12 97	

CODIGO PART.

872 100

RIESGOS AMPARADOS

VR. ASEGURADO

VR. PRIMAS

MUERTE

CORRESPONDIENTE A LA SUMA ADICIONAL DE ACUERDO CON EL NUMERAL 3.8 DE LA CLAUSULA DEFINICIONES

SEGUN

INVALIDEZ

CORRESPONDIENTE A LA SUMA ADICIONAL DE ACUERDO

RELACION

AUXILIO FUNERARIO

SE REGIRA POR EL ARTICULO 56 DE LA LEY 100/93

MENSUAL DE ASEGURADOS

RENOVACION PERIDO DEL 31-12-96 AL 31-12-97	\$ - 0 -
	\$ - 0 -
	\$ - 0 -
TOTAL A	\$ - 0 -

EN FEDELO DEL LA COMPRA A EXPRES DEL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE **SANTAFE DE BOGOTA D.C.** DE 1.997

BOGOTA A LOS **09** DIAS DEL MES DE **ENERO**  
**ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.**  
 NIT. No. 860.027 04

SUC. CORREDORES BOGOTA  
 CARRERA 24 No. 95-24

SUCURSAL O AGENCIA **CORREDORES**

JCB/LTOR  
 ASEGURADO

1541297



CIA	RAMO	PLAN	CERTIFICADO No.	POLIZA No.	DIGITO
04	09	1	20000327	209000001	0

GRAN CONTRIBUYENTE NO RESPONSABLE DE IVA

**POLIZA DE SEGURO DE:** INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA  
**SUCURSAL:** CORREDORES BOGOTÁ  
**TOMADOR:** COLFONDOS S.A.  
**ASEGURADO:**

**CERTIFICADO DE RENOVACIÓN**  
 C.C. ó NIT. 800149496 - 2  
 C.C. ó NIT.  
 C.C. ó NIT.

**DIRECCION:** CALLE 67 #7-64 PISO 7  
**BENEFICIARIO:** COLFONDOS S.A.

**TELEFONO:** 2121900  
**CIUDAD:** SANTA FE DE BOGOTÁ

**VIGENCIA DEL SEGURO:** DESDE 01/02/1998 A LAS 16:00 Hs. HASTA 31/12/1998 A LAS 16:00 Hs.

**PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO:** DESDE 01/02/1998 A LAS 16:00 Hs. HASTA 31/12/1998 A LAS 16:00 Hs.

INTERMEDIARIOS	CLASE	COASEGURO CEDIDO	COMPANIA	COD %PAR	VALOR PRIMA
COD %PAR NOMBRE					
872 100,000					

VALOR COMISION	VALOR PRIMA ANTES DE COMISION	PORCENTAJE COMISION	%

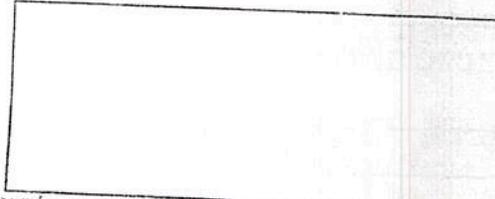
**RIESGOS AMPARADOS:**  
 VR. ASEGURADO

- AMPARO:**
- MUERTE:** CORRESPONDIENTE A LA SUMA ADICIONAL DE ACUERDO CON EL NUMERAL 3.8 DE LA CLAUSULA DEFINICIONES
- INVALIDEZ:** CORRESPONDIENTE A LA SUMA ADICIONAL DE ACUERDO
- AUXILIO FUNERARIO:** SE REGIRA POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 100/93

VALOR PRIMAS : SEGUN RELACION MENSUAL DE ASEGURADOS

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL MISMO.

**OBSERVACIONES:**  
 ASEGURADO: AFILIADOS A COLFONDOS S.A. DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA CLAUSULA DEFINICIONES 3.2. JJP/RAQUEL G.



PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA 0 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACION DE VIGENCIA O EXPEDICION DE ESTE DOCUMENTO, LA QUE SEA POSTERIOR, VENCIDO ESTE TERMINO SE INCURRE EN MORA

EN FE DE LO CUAL LA COMPANIA EXPIDE EL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE SANTA FE DE BOGOTÁ SUCURSAL O AGENCIA CORREDORES BOGOTÁ A LOS 1º DIAS DEL MES DE FEBRERO DE 1998

SEGURO DE VIDA COLSEGUROS S.A.  
  
 FIRMA AUTORIZADA

CRA 24 N° 95-24  
 DIRECCION PARA NOTIFICACIONES

FIRMA TOMADOR

Actividad Económica 304

ASEGURADO

SOMOS AGENTES RETENEDORES DE INDUSTRIA Y COMERCIO



# Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

CLAS	RAMO	PLAN	CERTIFICADO No	POLIZA No.	D. REFERENCIA
04	3	001	2749154	0209000001	1

POLIZA DE SEGURO DE: **INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA**

SUCURSAL	CONDICIONES EXENTA	SUB AGCA	SUBAG	NOMBRE RAMO	CERTIFICADO DE	ANO	C. CORR
COLSEGUROS S.A.	02			DE PROFESIONALES Y SOBREVIVENCIA	RENOVIACION		
DIRECCION	CALLE 57 7-54 PISO-17			TELEFONO	345 51 55		
BENEFICIARIO	COLSEGUROS S.A.			CUIDAD	SANTAFE DE BOGOTA		
VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	ALAS	HASTA	ALAS	HASTA	ALAS	HASTA
01	01	2000	01	01	2000	01	01
PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO	DESDE	ALAS	HASTA	ALAS	HASTA	ALAS	HASTA
	01	01	2000	01	01	2000	01

**COMPLEMENTARIOS**

CODIGO PART.  
072 100%

**COMPLEMENTARIO CEDIDO**  
CODIGO PART. VR. PRIMA

**RIESGOS SEGUROS**

VALOR SEGURO

VALOR PRIMA

CORRESPONDE A LA SUMA ADICIONAL DE

SEGURO DE VIDA

ACUERDO CON EL SUPLENTE 3.3 DE LA

MENSUAL

CLAUSULA DE DEFINICIONES SE REGIRA POR EL ART. 86 DE LA LEY 100 DE 1993.

DE ASEGURADORA

EL PAGO DE LA PRIMA 30 DIAS (VER CLAUSULA DEL...

LA PRIMA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O AMENOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DEL SEGURO AL ASEGURADOR PARA PAGAR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS INTERESES CORRESPONDIENTES CON OCASION DE LA EMISION DEL NISO.

**OBSERVACIONES**

COD. BANCO	NOMBRE BANCO	CHEQUE No.	PRIMA BRUTA	S	VARIAS
			DESCUENTOS	S	
			PRIMA NETA	S	VARIAS
			TOTAL A PAGAR	S	TOTAL

EN FE DE LO CUAL LA COMPANIA EMITE EL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE

BARRIERAS LINDA

ALCS

BOGOTA

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

DIAS DEL MES DE

FEBRERO

DE 2000

SUCURSAL O AGENCIA

FIRMA AUTORIZADA

DIRECCION PARA NOTIFICACIONES

FIRMA TOMADOR

REPORTE CALIA

2749154

