



Respetados Señores

**CENTRO DE CONCILIACION Y ARBITRAJE  
CAMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**  
Rionegro - Antioquia

**PROCESO:** SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAPROCESO  
**SOLICITANTE:** FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO CC: 3.561.057  
**SOLICITADA:** ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

**EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**, mayor de edad, abogado en ejercicio e identificado con cedula de ciudadanía número 15.447.165 y portador de la Tarjeta Profesional número 242.582 del Consejo Superior de la Judicatura, en nombre y representación del señor **FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**, persona mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Rionegro - Antioquia, identificado con cédula de ciudadanía número 3.561.057, presento ante sus dependencias SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAPROCESO, con solicitada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, identificada con NIT: 860027404-1, representada legalmente por el Dr. HERNAN ALBERTO VERGARA; con domicilio comercial en la ciudad de Medellín – Antioquia; la presente en razon a la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS con numero 08-03-007050 6, con vigencia entre el 27 de julio de 1999 y 27 de julio de 2024.

### FUNDAMENTO FACTICO

1. Mi representado señor **FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**, identificado con cédula de ciudadanía número 3.561.057, el día 27 de julio de 1999 adquirió con sus dependencias POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL HOY Y MAÑANA PLAN TEMPORAL A EDAD DE 80 AÑOS.
2. Desde el momento de toma de dicho seguro mi representado ha venido pagando los valores por póliza correspondientes de manera mensual sin falta.

#### NUESTRAS SEDES

##### RIONEGRO

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

##### MEDELLIN

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 271 9090



3. Para el mes marzo del año 2009 mi representado solicito más información en razon al capital que se encontraba cubierto por su entidad y las opciones de entrega por liquidez de algún monto.
4. Dada la solicitud de mi representado, de manera poco clara le fue informado a que podría acceder a un pago de capital por cuatro millones de pesos (\$4.000.000), siempre que se hiciera un cambio en las condiciones de la póliza, situación que ante la escasa información y la explicación de las consecuencias que derivaría en el clausulado de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, mi representado acepto, solicitando así el retiro de CUATRO MILLONES (\$4.000.000) el día 05 de marzo de 2009; conformándose así una lesión grave en contra de mi representado en las condiciones clausulares de la póliza.
5. Es tal la falta de información al momento de modificar la póliza, que mi representado siguió pagando de manera mensual y sin falta las primas que debía seguir consignando para su póliza.
6. El formato de Retiro Parcial\_\_ Total\_\_ / Plan Ideal Vida Inversión N°. posee falencias en su formulación; tales como:
  - a. No se identifica el tipo de retiro autorizado por el tomador beneficiario de la póliza.
  - b. No se evidencia el número de póliza que se modifica.
  - c. No se evidencia el nombre, cedula y fecha al pie del documento, salgo la suscripción rubrica.
7. La falta de información CLARA Y CONCRETA en especial la correspondiente a las CONSECUENCIAS del retiro de aportes en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, llevo a un error insuperable de mi representado en el consentimiento de dicho cambio; pues de haber conocido con claridad que perdería la cobertura inicialmente pactada, no hubiera consentido el cambio clausular acá narrado.

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 271 9090



8. Igualmente en misiva del 04 de marzo de 2024, ALLIANZ SEGUROS, afirma que desde el mes de diciembre de 2016 la póliza modificada se encuentra en estado de CANCELADA por el no pago de las primas desde el mes de noviembre de 2016 al noviembre de 2019, situación que se afirma fue notificada a mi representado en el año 2020 vía email, más de dicho email no se tiene constancia (se afirma que se adjunta prueba a la contestación pero esta no se anexo); extraño es que conociendo los medios de notificación de mi representado como lo son teléfono celular y dirección física, estas no hayan sido utilizadas para informar una anomalía en el pago tan importante y por un periodo tan extenso.
9. Como ya se dijo antes, mi representado no ha dejado de pagar las primas que le fueron establecidas en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.
10. Mi representado a cumplimiento de los 80 años, y es su expectativa legitima el reconocimiento del pago prometido en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.
11. Con fecha 29 del mes de abril del presente año se solicitó aclaración y cumplimiento contractual
12. El día 16 del mes mayo del presente año las demandadas dan contestación a la reclamación formal, informando que mi representado de manera voluntaria renuncio a las condiciones de la póliza inicial y que por tal razon no era posible acceder a las solicitudes.
13. Mi representado tiene legitima expectativa de haber cumplido las condiciones propias de la cobertura de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.
14. La correspondiente caratula de póliza 08-03-007050 6 establece como vigencia del seguro del 27 de julio de 1999 al 27 de julio de 2024.

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 271 9090



15. A la fecha de presentación de la presente solicitud el asegurado ha cumplido OCHENTA AÑOS de edad.

16. Por el hecho anterior se ha cumplido el requisito para hacerse efectiva la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.

### **SOLICITUDES**

En razón a los argumentos expuestos en líneas anteriores; con la presente para solicitar a ustedes se cite a la correspondiente AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAPROCESO, con el fin de intentar acuerdos previos al inicio de trámite judicial tendiente al reconocimiento de la póliza antes dicha, por lo que consideramos la presente no tiene monto de reclamación.

### **ESTIMACION RAZONADA DE LA CUANTIA**

Dado que la reclamación se afina en el reconocimiento de la existencia de la póliza número 08-03-007050 6, y el mantenimiento de las condiciones propias de la esta; consideramos no tener cuantía determinada; más en caso de llegarse a acuerdos conciliatorios de orden pecuniario, solicitamos de manera anticipada se calculen los ajustes necesarios y correspondientes.

### **FUNDAMENTOS PROBATORIOS**

#### **DOCUMENTALES:**

#### NUESTRAS SEDES

##### **RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

##### **MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 271 9090



1. Contestación emitida por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. del 04 de marzo de 2024, en razón al requerimiento de reconocimiento de póliza hecha por el señor FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO. (3 folios)
2. Cedula de Ciudadania del señor FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO.
3. Tarjeta de recaudo individual con referencia 410007203811 (1 folio)
4. Liquidación de pagos ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS – COTIZACION PLAN HOY Y MAÑANA, fechada 28 de junio de 1999. (3 folios)
5. Póliza de seguro VIDA INDIVIDUAL HOY Y MAÑANA – PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS número 04-03-007-4173081-08-03-007050-6 (5 folios)
6. 24 recibos de pago de prima en póliza 04-03-007-4173081-08-03-007050-6 (6 folios)
7. Constancia de radicación de RECLAMACION DIRECTA - SOLICITUD DE INFORMACION Y RECLAMACION – FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO CC: 3.561.057, fechado 29 de abril de 2024. (6 folios)
8. Contestación dada por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. el día 16 de mayo de 2024 a solicitud del 29 de abril de 2024 en la cual niegan la reclamación. (12 folios)

## ANEXOS

A la presente demanda anexo:

1. Los informados como prueba documental
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de ALIANZ SEGUROS S.A.

## NOTIFICACIONES

**SOLICITADA:**

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 271 9090



**ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** en la Carrera 43 A No. 1 50 Local 364, de la ciudad de Medellín – Antioquia; email: [notificacionesjudiciales@allianz.co](mailto:notificacionesjudiciales@allianz.co)

Manifiesto que los datos de dirección física e email fueron extraídos del correspondiente certificado de existencia y representación legal de la compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

**SOLICITANTE:**

**FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**, en la Calle 52 # 57B -22 / Rionegro – Antioquia; sin email de contacto; teléfono móvil 313 780 3149.

**APODERADO:**

**DIRECCION FISICA:** Calle 59ª # 44-41 / Piso 2º / Rionegro – Antioquia

**DIRECCION EMAIL:** [earmandogarcia@gmail.com](mailto:earmandogarcia@gmail.com)

[garciajuradoabogados@gmail.com](mailto:garciajuradoabogados@gmail.com)

y

**TELEFONOS:** FIJO – (604) 4637021 / MOVIL – 3103810274

De su cordial despacho.

Atentamente;

**EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**

Cédula de ciudadanía número 15.447.165. De Rionegro - Antioquia

Tarjeta profesional número 242.582 del consejo Superior de la Judicatura

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 271 9090



**GARCIA  
JURADO**  
Abogados

Señores,  
**JUZGADO CIVIL MUNICIPAL (REPARTO)**  
La ciudad



**ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER.**

**FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**, persona mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Rionegro - Antioquia, identificado con cédula de ciudadanía número 3.561.057, obrando en nombre propio, por medio del presente escrito me permito comunicarles que confiero poder especial, amplio y suficiente en lo que a derecho se refiere al Dr. **EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**, abogado en ejercicio e identificado con cedula de ciudadanía número 15.447.165 y Tarjeta Profesional número 242.582 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación trámite ante sus dependencias **PROCESO DECLARATIVO VERBAL**, estas en razon a la póliza **SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA** plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, con vigencia entre el 27 de julio de 1999 y 27 de julio de 2024.

Mi apoderado cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de presentar documentación, requerir documentos, presentar demanda, presentar reconvencción, notificarse, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar, conciliar, negociar, recibir, reclamar y las demás inherentes al mandato.

Son datos de contacto de mi apoderado la calle 59ª # 44-41 / Piso 2º / Rionegro – Antioquia, email [earmandogarcia@gmail.com](mailto:earmandogarcia@gmail.com) celular 3103810274, datos informados por este al momento de otorgar este poder y que manifiesta son los registrados en el sistema SIRNA.

De ustedes, Respetuosamente,

**FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**  
Cédula de ciudadanía: 3.561.057

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**  
CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

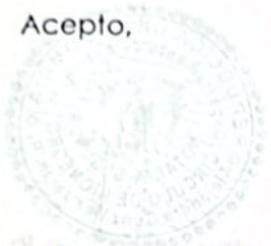
**MEDELLIN**  
CARRERA 43A # 95UR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 2719000



**GARCIA JURADO**  
abogado



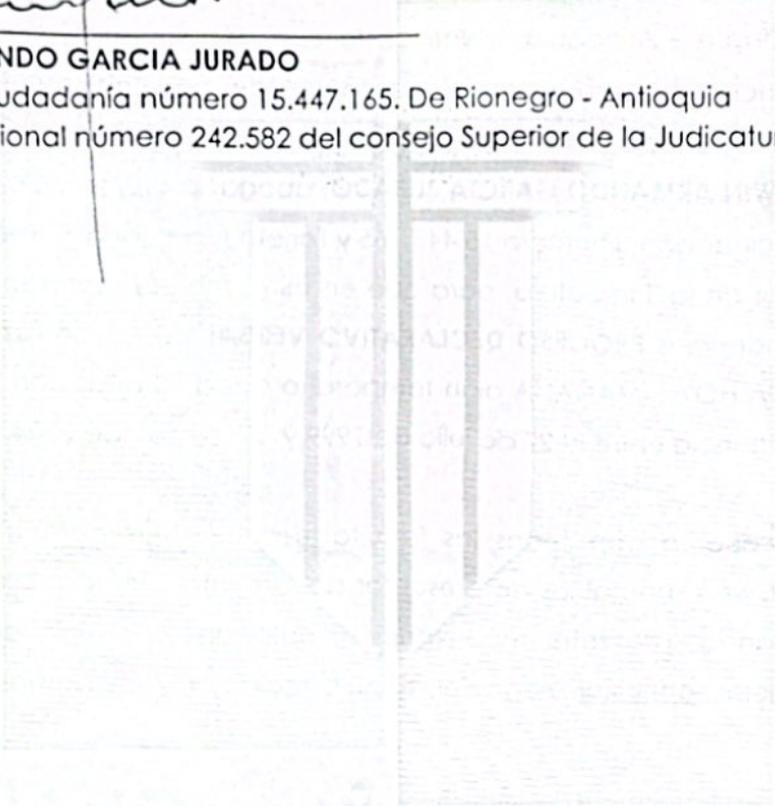
Acepto,



**EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**

Cédula de ciudadanía número 15.447.165. De Rionegro - Antioquia

Tarjeta profesional número 242.582 del consejo Superior de la Judicatura



NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #95UR-91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL (604) 271 9090

# NOTARÍA 2 DEL CÍRCULO DE RIONEGRO



PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 19 de 2012

Rionegro, 2024. 03. 05 10:42:29

Ante el suscrito Notario 2 del Círculo de Rionegro Compareció: VALLEJO GIRALDO FRANCISCO GILBERTO C.C. 3561057



pi352

y declaró que el contenido del anterior documento es cierto y que la firma que lo autoriza fue puesta por él. Y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento. En constancia firma.

X   
FIRMA

ALEJANDRA GONZALEZ JARAMILLO  
NOTARIA SEGUNDA (E) DEL CÍRCULO DE RIONEGRO



FRANCISCO VALLEJO GIRALDO  
Cédula de ciudadanía: 3.561.057

### NUESTRAS SEDES

<b>RIONEGRO</b> CALLE 59A # 44-41 / PISO 2 TELEFONO: (604) 4637021	<b>MEDELLIN</b> CARRERA 43A # 95UR - 91 TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901 TEL: (604) 371 0000
--	---

Allianz  | 150 años

## Conectados con nuestros asegurados

Bogotá, 04 de marzo de 2024

Señor:  
**FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**  
Ciudad

Respuesta requerimiento No.  
Asunto: Información de póliza de vida  
Número de contrato

**RFC 24-0000842**  
**150054221**  
**410007029100**

Hola Francisco,

En atención a tu requerimiento en el cual nos solicitas información respecto de la póliza de vida mencionada en el asunto, nos permitimos brindar la respuesta de la siguiente manera:

Inicialmente adquiriste un producto de vida denominado Hoy y Mañana el cual previa autorización por parte del Asegurado fue rescindido y convertido a un nuevo seguro denominado PIVI – Plan Ideal Vida Inversión bajo el número 150054221 atado al número de contrato 410007029100. Los valores generados a la fecha de rescisión de la póliza Hoy y Mañana fueron trasladados para la apertura del producto PIVI. De dichos valores que constituyeron el valor de fondo inicial, la Compañía descontó mensualmente acorde con la autorización otorgada, la prima del seguro de vida.

La opción de traslado del seguro de vida Hoy y Mañana al nuevo producto Plan Ideal Vida Inversión, te permitía continuar con la opción de protección como en el seguro de vida Hoy y Mañana, siempre y cuando la póliza de Hoy y Mañana estuviera al día en pago de primas, no tuviera préstamo vigente en el momento del traslado y no realizaras retiro alguno de tu cuenta de ahorro individual hasta el cumplimiento de la edad pactada.

Para este caso en especial y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto por el hecho de haber solicitado el retiro que relacionamos a continuación, te informamos que la póliza se encuentra en estado cancelada a partir de diciembre de 2016, fecha desde la cual no se cobran primas.

TRANSACCION	FECHA	VALOR
RETIRO	06-03-2009	\$4.000.000

Adjuntamos a esta comunicación la solicitud y carta de conocimiento del retiro.

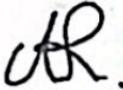
Por otra parte, en correo del año 2020 te realizamos aclaración de las primas pendientes desde noviembre de 2016 hasta noviembre de 2019 y el valor excedente que debías pagar a esa fecha sin recibir respuesta por parte tuya. Adjuntamos correo.

Así mismo, te aclaramos que debido a que no se han realizado retiros desde el año 2016, fecha desde la cual la póliza esta cancelada, tienes la opción de solicitar el retiro del dinero a tu favor si así lo requieres. Para este proceso te puedes comunicar al 601 5941130 con Nidia Forero o Elizabeth Castañeda.

Esperamos haber aclarado tus inquietudes, si tienes algún comentario adicional puedes comunicarte a nuestras líneas de atención, desde celular al #265, en Bogotá 601 5941133 o línea nacional 018700 513500. Si lo deseas puedes escribirnos al correo electrónico [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

Te recordamos que la Compañía cuenta con la figura de Defensor del Consumidor Financiero, para conocer en detalle su información te invitamos a visitar nuestra página web en la sección "Defensor del Consumidor Financiero" en el siguiente link: <https://www.allianz.co/legales/consumidor-financiero/Defensor-Consumidor-Financiero.html>

Cordialmente,



**Adriana Castro E.**  
Directora Oficina del Cliente

Bogotá, 01 de mayo de 2024

FRANCISCO DEL BERTO VALLEJO GONZALEZ  
Código

RECIBO DE PAGOS  
15/05/24  
\$1.000.000

El punto de contacto es el  
Asesoramiento de Pago de Vida  
Número de contacto

From Francisco

En atención a la solicitud de información recibida por el Defensor del Consumidor Financiero de la Compañía, se informa que el contrato de seguro de vida en vigor con el número de póliza 1234567890, emitido el 15 de mayo de 2024, tiene un valor de \$1.000.000. El contrato está sujeto a las condiciones y exclusiones detalladas en el Documento de Información Precontractual (DIP) que forma parte del contrato. El asegurado es el Sr. FRANCISCO DEL BERTO VALLEJO GONZALEZ, con número de identificación 1234567890. El contrato tiene una vigencia de 10 años, desde el 15 de mayo de 2024 hasta el 15 de mayo de 2034. El valor de la prima mensual es de \$100.000. El contrato está sujeto a las condiciones y exclusiones detalladas en el Documento de Información Precontractual (DIP) que forma parte del contrato. El asegurado es el Sr. FRANCISCO DEL BERTO VALLEJO GONZALEZ, con número de identificación 1234567890. El contrato tiene una vigencia de 10 años, desde el 15 de mayo de 2024 hasta el 15 de mayo de 2034. El valor de la prima mensual es de \$100.000.

FECHA	VALOR	DESCRIPCION
15/05/24	\$1.000.000	PAGO DE PRIMA

Adjuntamos a esta comunicación el archivo de comentarios del contrato. Por otro lado, el contrato del Sr. DEL BERTO VALLEJO GONZALEZ, emitido el 15 de mayo de 2024, tiene un valor de \$1.000.000 y el valor de la prima mensual es de \$100.000. El contrato está sujeto a las condiciones y exclusiones detalladas en el Documento de Información Precontractual (DIP) que forma parte del contrato. El asegurado es el Sr. FRANCISCO DEL BERTO VALLEJO GONZALEZ, con número de identificación 1234567890. El contrato tiene una vigencia de 10 años, desde el 15 de mayo de 2024 hasta el 15 de mayo de 2034. El valor de la prima mensual es de \$100.000.

# FORMULARIO DE RETIRO DE APORTES

Voluntario de Pensiones Colseguros Nit. 830.101.702-6  
Seguros de Vida S.A. Nit. 860.027.404-1

## Fondo Voluntario de Pensiones

Número de cuenta  Nombre Objetivo/Cuenta  Producto

### IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

Primer apellido		Segundo apellido		Nombres completos	
Tipo de Documento C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> P.F.I. <input type="radio"/>		Número de Identificación		Fecha de Expedición	
Lugar de Expedición		Dirección de Contacto		Correo Electrónico	
Celular		Teléfono de Contacto			

### MOTIVO Y TIPO DE RETIRO

Motivo  
 Necesidad de Líquidos  Compra de vivienda\*  ¿Es pensionado? S  NO   
 \*Recuerde que si el retiro es por compra de vivienda a usted es pensionado debe adjuntar los papeles establecidos para acceder al Beneficio Tributario

Tipo de Retiro  
 Retiro Parcial  Retiro Total   
 Retiro Programado  Periodicidad: Mensual  Quincenal  Fecha Inicio  Fecha Finalización   
 \*En caso de no contar con los recursos en el portafolio seleccionada, ¿Autoriza a realizar el retiro de este portafolio que tenga recursos disponibles? Si  No

### DETALLE DE LA SOLICITUD DE RETIRO

Valor Solicitado \$  Valor en Letras

### FORMA DE PAGO

Pago al Titular  
 Abono a Cuenta Registrada como preferencia  Efectivo  \*Cualquier sucursal Bancolombia del país (Monto máximo \$ 10.000.000)  
 Abono a Cuenta Diferente  Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente  Número de Cuenta  Banco   
 Cheque  Persona autorizada para reclamar el cheque: Titular  Otro  \*Nombre Completo  Tipo y Número de Documento   
 Traslado Entre Cuentas  
 Número de cuenta  Nombre de cuenta  Nombre Completo del Titular  Pasa Documento de Identidad

Pago a Tercero  
 Nombres y Apellidos Completos e Razón Social

Tipo de Documento  
 C.C.  T.I.  C.E.  P.P.  N.I.T.

Número de Documento  Fecha de Expedición  Lugar de Expedición  Fecha de Nacimiento o Creación

Dirección  Departamento  Ciudad  Teléfono  Código CIU

Abono a Cuenta Bancaria  Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente  Número de Cuenta  Banco   
 Cheque  Persona autorizada para reclamar el cheque: Titular  Otro  \*Nombre Completo  Tipo y Número de Documento   
 Efectivo  \*Cualquier sucursal Bancolombia del país (Monto máximo \$ 10.000.000)

### DETALLE DE LOS APORTES

Vista Conservador (\$)	Deuda Corporativa (\$)	Renta Fija Mediana Plazo (\$)	Acciones Colombia (\$)	Inversiones Inmobiliarias (\$)	Renta Fija Dolares (\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acciones Global ESG (\$)	Diversificado (\$)	InvestPlus (\$)	Otro (\$)	Otro (\$)	Otro (\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total retiro \$					<input type="text"/>

### ORDEN DE APLICACION DE LOS APORTES

Orden Con Selección de Aportes  
 Por favor indique el orden en el que desea sean afectados los aportes para el cumplimiento del retiro solicitado

Todos los aportes del más antiguo al más reciente <input type="checkbox"/>	Todos los aportes del más reciente al más antiguo <input type="checkbox"/>	Aportes exentos de retención <input type="checkbox"/>	Con y sin retención Contingente <input type="checkbox"/>	Solo aportes con retención contingente <input type="checkbox"/>	Solo aportes sin retención contingente <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---	---

Orden sin selección de aportes  
 1. Aportes con beneficio tributario, es decir aportes que ya se encuentran exentos por el cumplimiento de antigüedad del aporte de 10 años.  
 2. Aportes sin retención contingente.  
 3. Aportes con retención contingente del más reciente al más antiguo con o sin periodicidad.

ADMINISTRADO POR Allianz  Para consultas, retiros o transacciones, llame en Bogotá al 801 594 1133, a nivel nacional a la línea 018000 514403 www.allianz.com/verversiones

VIGILADO por Superintendencia Financiera, Allianz Seguros de Vida S.A. de Colombia

**SOLICITUD DE RETIRO DE APORTES**  
Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros Nit. 030.101.702-6  
Allianz Seguros de Vida S.A. Nit. 060.027.404-1

Fondo Voluntario de Pen...

7(0)599(V)0(0)25

- 1) Si el presente formato está mal o se presta para interpretaciones ambiguas, el Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros se reserva el derecho de tramitar esta solicitud.
- 2) Los retiros de los recursos ordenados por el afiliado o participante, se descontarán de lo(s) Alternativo(s) de inversión escogidos por éste, en la proporción y afectación de aportes que indique en el formato establecida, y se pagarán dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de la radicación de la solicitud, al valor de la unidad del día en que se haga efectiva la operación, en consideración a las condiciones del mercado financiero nacional e internacional. Si no se marca el orden de afectación, se aplicara el retiro en el orden indicado sin selección de aportes.
- 3) Los retiros serán confirmados telefónicamente y en caso de no poder hacerla, el retiro no se será realizada.
- 4) Para pagos en cheques, se debe indicar el nombre a quien va dirigido, este no puede exceder de 20 caracteres
- 5) Todos los retiros superiores a \$10.000.000 serán confirmados por el director comercial con el cliente, así como solicitar y/o brindar cualquier aclaración para el cumplimiento del retiro.

**OTROS DATOS**

Fecha de Solicitud

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre:  
Tipo y N° de Documento:

Puede Indicar Dirección

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Allianz Seguros de Vida S.A. DE COLOMBIA

ADMINISTRADO POR Allianz 

Para consultas, retiros o transacciones, llame en Bogotá al 601 594 1130, a nivel nacional a la línea 018000 51440  
www.allianzohorroinversiones.c



Solicitud de Retiro de Aportes
Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS NIT 838 091 782 4
Aseguradora de Vida COLSEGUROS S.A. NIT 868 827 898 1
Cédulas Colón de Capitalización COLSEGUROS S.A. NIT 868 899 186 2
Cancelación Total [ ] Retiro Parcial [X] [ ]

COLSEGUROS

2020152155

Identificación del Afiliado

Número de Tropa / Contrato 410067029105-6

Ciudad Medellín

Fecha de vigencia 05/03/2009

Apellidos y Nombre(s) FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO

Doc. Identidad CC Y CL NIT NUP No 3.561.037 Ciudad Rio Negro

Teléfono de Contacto 312242

Dirección Calle 32 No 57 B-822 Rio Negro

Particular Comercial Correspondencia Otra 3137803149

La información suministrada en este formulario será utilizada para actualizar sus datos básicos en el sistema

Información de Retiro

Valor Solicitado 4.000.000

Valor en Letras CUATRO MILLONES DE PESO

- Autorizo realizar el pago con cheque a mi cuenta de Ahorros de Ahorros No 1009002456922 del banco Bancolombia
Autorizo a Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros, Cédulas Colón de Capitalización Colseguros a efectuar el abono de la cuenta registrada anteriormente
Autorizo a realizar este pago a través de transferencia electrónica / cheque a un tercero (Por favor diligenciar adecuadamente la forma ASE013 y contactarnos a través de su asesor financiero o el Call Center)
Autorizo realizar el pago a través de cheque o remesa en cuenta que pagos en cheque toman 3 días hábiles y tendrá un costo de \$10.000

Motivo del Retiro

- [X] Necesidad de liquidez [ ] Asesoría/Servicio deficiente [ ] Baja Rentabilidad
[ ] Mejor oferta en el mercado Cual [ ] Otro Cual

Cambio de Producto/Contrato

Autorizo a: Fondo Voluntario de Pensiones Cédulas Colón de Capitalización Colseguros S.A. A realizar un: Retiro Parcial Por valor de: 2009MAR 09:11:25
de mi contrato No Y que dicho valor sea abonado al contrato No

Observaciones

1. Si el presente formato está mal diligenciado o se presta para interpretaciones ambiguas, el Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS o Cédulas Colón de Capitalización COLSEGUROS se reservan el derecho de tramitar esta solicitud. 2. Favor entregar esta solicitud en una oficina de Colseguros o enviarla vía fax al número 561 63 03 en Bogotá.

Autorización de Pagos

- Autorizo pago a un tercero de nombre
Transferencia electrónica a nombre del tercero
Curo cheque a nombre del tercero
Anexo la forma ASE013 diligenciada

Firma del pago a dicho
[Signature]
3561054

Nombre funcionario que recibe

Para uso COLSEGUROS
Fecha de Válide en el Sistema

Nombre funcionario que tramita

Firma
Nombre

Firma
Nombre

Una compañía de Allianz

Colseguros Cliente

AS/04 8.265

Una compañía de Allianz

www.colseguros.com

PCB01064-02/12/2013 - 00124

Anexo formato de Retiro Parcial      Total       
Plan Ideal Vida Inversión No.     

Señores  
ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.  
Ciudad

2009 MAR 11 11:25

Apreciados señores

1. Por medio del presente documento, declaro tener conocimiento del anexo del Reglamento del Plan Ideal Vida Inversión para clientes de Hoy y Mañana, que me ha sido entregado y que dispone lo siguiente:

"La opción de producto Plan Ideal Vida Inversión que usted ha aceptado escoger como sustitución al Seguro de Vida Hoy y Mañana, le permitirá bajo los supuestos proyectados para su respectiva póliza y que han sido ilustrados por su asesor, continuar con su opción de protección hasta los 80 años de igual manera que en el Seguro de Vida Hoy y Mañana que usted tenía contratado, *siempre y cuando usted no realice retiro alguno de su cuenta de ahorro Individual hasta el cumplimiento de la edad antes mencionada*".

De acuerdo con lo anterior, declaro expresamente que entiendo y acepto que al hacer el retiro parcial del contrato de la referencia, la cobertura de la Póliza de Vida de Plan Ideal Vida Inversión, ya no será garantizada por Aseguradora de Vida Colseguros S.A. hasta la edad de 80 años, teniendo en cuenta que el valor de fondo que permitiría dicha protección futura será disminuido por el retiro que he efectuado, y por ende los rendimientos proyectados no podrán corresponder a lo presentado en la oferta inicial de la póliza, de tal forma que la cobertura existirá solamente hasta el momento en que el saldo del Plan se agote, y no sea posible descontar las primas correspondientes.

Así mismo estoy informado respecto a la cancelación de la póliza de Plan Ideal Vida Inversión al efectuar el retiro total de mi contrato de Plan Ideal.

Nombre:  
C.C.  
Fecha:

Firma: [Firma manuscrita]  
3564064  
06-03-2009

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3561057**

**VALLEJO GIRALDO**  
APELLIDOS

**FRANCISCO GILBERTO**  
NOMBRES

*Francisco Giraldo Vallejo*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1944**  
**MEDELLIN**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65** **O-** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**19-AGO-1965 RIONEGRO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

*Francisco Giraldo Vallejo*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-0121400-14087243-M-0003561057-20010723

0733301191A 01 094917130

Plan Ideal  
Vida Inversión

COLSEGUROS



Vida Inversión

Una compañía de Allianz

Plan Ideal  
Vida Inversión

**Tarjeta de recaudo Individual**

Esta tarjeta es personal e intransferible, lo identifica como afiliado o participante del Plan Ideal Vida Inversión COLSEGUROS. Su uso está sujeto a las condiciones establecidas en el contrato de vinculación. En caso de pérdida favor comunicarse a nuestra línea de atención al cliente.

**Referencia: 410007203811**

Para consultas, retiros o información, llame en Bogotá al 5941130 y resto del país al 01 800 05 14400 o [www.planideal.com](http://www.planideal.com)



(415)7707268040412(8020)410007203811

28/06/1999  
Version 1.7

# ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

## COTIZACION PLAN HOY Y MAÑANA

### PAGO UNICO (G)

**CLIENTE** : FRANCISCO GILBERTO VALLEJO  
**CRECIMIENTO** : 20%  
**PAGO DE LA PRIMA** : ANUAL  
**SUCURSAL** : MEDELLIN  
**ASESOR** : CARLOS EMILIO RUIZ

Alt	Edad	Valor Asegurado	Básico	Anexos	Total
1	55	10.000.000	3.305.346	0	3.305.346
2	56	12.000.000	0	0	0
3	57	14.000.000	0	0	0
4	58	16.000.000	0	0	0
5	59	18.000.000	0	0	0
6	60	20.000.000	0	0	0
7	61	22.000.000	0	0	0
8	62	24.000.000	0	0	0
9	63	26.000.000	0	0	0
10	64	28.000.000	0	0	0
11	65	30.000.000	0	0	0
12	66	32.000.000	0	0	0
13	67	34.000.000	0	0	0
14	68	36.000.000	0	0	0
15	69	38.000.000	0	0	0
16	70	40.000.000	0	0	0
17	71	40.000.000	0	0	0
18	72	40.000.000	0	0	0
19	73	40.000.000	0	0	0
20	74	40.000.000	0	0	0
21	75	40.000.000	0	0	0
22	76	40.000.000	0	0	0
23	77	40.000.000	0	0	0
24	78	40.000.000	0	0	0
25	79	40.000.000	0	0	0
26	80	40.000.000	0	0	0

Valor Extraprime para el primer año:  
 porcentaje pactado para el valor asegurado.

El valor de la extraprime para los siguientes años crecerá en el

**ESTA LIQUIDACION PROVISIONAL NO IMPLICA ACEPTACION DEL RIESGO, ESTA SUJETA A ESTUDIO, INSPECCION Y APROBACION ; LAS QUE SEAN DEL CASO.**

Página: 1

@fa Canave 10152872081

tel casa 3425526

Carlos Emilio Ruiz Dioso

celular - 462 9395

# ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

## COTIZACION PLAN HOY Y MAÑANA

### PAGO UNICO (G)

**CLIENTE** : FRANCISCO GILBERTO VALLEJO  
**CRECIMIENTO** : 20%  
**PAGO DE LA PRIMA** : ANUAL  
**SUCURSAL** : MEDELLIN  
**ASESOR** : CARLOS EMILIO RUIZ

Altura	Edad	Valor de Rescate	Inversión Acumulada *	Ahorro Total *
1	55	2.308.583	152.696	2.461.279
2	56	2.593.228	356.174	2.949.402
3	57	2.900.169	622.942	3.523.111
4	58	3.232.100	968.420	4.200.520
5	59	3.590.436	1.411.506	5.001.942
6	60	3.974.385	1.975.199	5.949.584
7	61	4.381.268	2.687.395	7.068.663
8	62	4.807.148	3.581.877	8.389.025
9	63	5.246.235	4.699.506	9.945.741
10	64	5.690.772	6.089.649	11.780.421
11	65	6.131.943	7.811.993	13.943.936
12	66	6.557.956	9.938.624	16.496.580
13	67	6.956.588	12.556.738	19.513.326
14	68	7.315.509	15.771.945	23.087.454
15	69	7.619.538	19.712.155	27.331.693
16	70	7.848.440	24.532.167	32.380.607
17	71	8.037.451	30.422.965	38.460.415
18	72	8.171.152	37.616.585	45.787.737
19	73	8.227.657	46.394.755	54.622.412
20	74	8.152.295	57.097.828	65.250.123
21	75	7.858.424	70.137.689	77.996.113
22	76	7.260.749	86.009.939	93.270.688
23	77	6.378.825	105.320.402	111.699.227
24	78	5.043.633	128.797.894	133.841.527
25	79	2.987.390	157.315.272	160.302.663
26	80	0	191.924.632	191.924.632

Página: 1

*Cuota Inicial = 1.000.000 = dividida en dos cuotas de 500.000 =*  
*Soldo 2.305.346 = para 24 cuotas de ₺ 133.480*

El ahorro está calculado con un rendimiento del 22% efectivo anual, sin embargo, esta tasa es variable con las fluctuaciones financieras; si el rendimiento fuera del 24% el Fondo de Ahorro al final del plan alcanzaría un valor de \$\*\*\*\*\*336.909.359; si el rendimiento fuera del 20% el Fondo de Ahorro al final del plan alcanzaría un valor de \$\*\*\*\*\*100.634.145. El dinero del Fondo de Ahorro estará disponible al aniversario de la póliza.  
**ESTA LIQUIDACION PROVISIONAL NO IMPLICA ACEPTACION DEL RIESGO, ESTA SUJETA A ESTUDIO, INSPECCIÓN Y APROBACIÓN; LAS QUE SEAN DEL CASO.**

# COLSEGUROS



ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404-1

CIA.	RAMO	PLAN	CERTIFICADO N°	POLIZA N°	D	REFERENCIA

04 03 007 4173081 08-03-007050 8

POLIZA DE SEGURO DE: **VIDA INDIVIDUAL HOY Y MAÑANA PLAN TEMPORAL A LA EDAD 60 AÑOS**

SUCURSAL	CON PARTICIPACION	SUC	AGCIA	SUBAGJ	NOMBRE RAMO	CERTIFICADO DE	AÑO	C CORR.
TOMADOR	LLIN				VIDA HOY Y MAÑANA	NUEVO	01	03 D
ASEGURADO	GIRALDO				FRANCISCO GILBERTO		C.C. 6 NIT 3561057	D
VALLEJO	GIRALDO				FRANCISCO GILBERTO		C.C. 6 NIT 3561057	D
DIRECCION	TELEFONO		CIUDAD					
BENEFICIARIO	52 NO. 57B 26		531-22-42		RIONEGRO		C.C. 6 NIT	D

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	ALAS	HASTA	ALAS	PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO	DESDE	ALAS	HASTA	ALAS
	D 07	M 07	A 1999	HS		D 07	M 07	A 2004	HS

CODIGO	X PART	NOMBRE AGENCIA	INTERMEDIARIOS
53365	100.00	ROLD BOSA CARLOS EMILIO	AGENTE
<p>VALOR ASEGURADO INICIAL SEGURO BASICO : \$ 10.000.000      EDAD AL INICIAR EL SEGURO 55 AÑOS</p> <p>PORCENTAJE DE CRECIMIENTO ANUAL DEL VR ASEGURADO : 20 %      FORMA DE PAGO : ANUAL</p> <p>PLAN O PERIODO DE PAGO DE PRIMAS PAGO UNICO</p>			
BASICO DE VIDA	AMPAOS	VR. ASEGURADO	VR. PRIMA
		10.000.000	3.305.350
AGUDELO	RENCON	NOMBRES	NIT
		MORELIA DEL C	21982561
			D X PART
			100.00
			PARIENTESCO
			CONYUGE

**FINANCIACION CON PAGAR**  
06 AGO. 1999

LA ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., QUE PARA EL PRESENTE CONTRATO SE LLAMARA "LA COMPAÑIA", ACOPIA LAS OBLIGACIONES EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD Y EN EL EXAMEN MEDICO O EN EL FORMULARIO QUE LO ACOMPAÑA AL PAGO DE LA PRIMA QUE APARECE EN ESTA PAGINA Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEL CONTRATO.

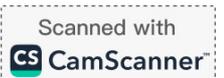
LA MORA EN EL PAGO DE PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A LA COMPAÑIA PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EJECUCION DEL MISMO SIN PERJUICIO DE LO CONTEMPLADO EN EL ARTICULO 1153 DEL CODIGO DEL COMERCIO.

OBSERVACIONES	SEGURO DE VIDA	\$	3.305.350
COD BANCO	NOMBRE BANCO	CHEQUE N°	
AGENCIA:	SUBAGENCIA:	TOTAL A PAGAR	3.305.350

EN FE DE LO CUAL, LA COMPAÑIA EXPIDE EL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE **MEDELLIN** A LOS **VEINTISIETE** DIAS DEL MES DE **JULIO** DE 1.99

FIRMA AUTORIZADA: *[Firma]* DIRECCION PARA NOTIFICACIONES: Calle 59 # 45-110 P 3 FIRMA TOMADOR: *[Firma]*

EL PAGO DE LA PRIMA SE HACE CON CHEQUE. ESTE DEBE GIRARSE, EXCLUSIVAMENTE, A LA ORDEN DE ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A. INTERMEDIARIO



REGIMEN COMPLETO - GRAN CONTRIBUYENTE - NO RESPONSABLE

SOMOS AGENTES RETENEDORES DE INDUSTRIA Y COMERCIO

VID - 013

3400902



**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL HOY Y MAÑANA  
PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS CON PARTICIPACIÓN**

**CONDICIONES ESPECIALES**

**CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES**

La presente Póliza tendrá derecho a una participación anual en las utilidades originadas en la inversión que haga LA COMPAÑÍA de las reservas matemáticas y técnicas generadas por el presente contrato de seguro, de acuerdo con lo estipulado en el decreto 1729 de Agosto de 1.974, reglamentado según circular número DS y C 171 de diciembre 9 de 1.974, mientras estas disposiciones estén vigentes en su totalidad.

Después del primer año de vigencia de esta póliza, el Asegurado podrá disponer de la Participación de Utilidades que le corresponda, según una de las siguientes opciones:

- a. **Retirarlas en Efectivo** : El Asegurado podrá efectuar retiros del valor de participación de utilidades disponible que esta Póliza tenga acreditado. Si el asegurado no efectúa retiros, la participación de utilidades se aplicará de acuerdo a la opción c. subsiguiente.
- b. **Aplicarlas al pago de la Prima.**
- c. **Dejarlas acumuladas en poder de LA COMPAÑÍA** : El asegurado podrá acumular la participación de Utilidades que le corresponda en el Fondo de Ahorro con Participación en la Utilidades, la cual se calculará y tendrá idéntico tratamiento que las originadas por las reservas matemáticas y técnicas descritas en la presente condición.

El asegurado podrá en cualquier momento solicitar retiros de su fondo de Ahorro con participación, sin garantías y sin intereses.

**PARAGRAFO**

La Participación en las Utilidades será liquidada conforme a la reglamentación que sobre esta liquidación haya aprobado la Superintendencia Bancaria para este plan de seguro. Su valor será pagadero después de cada aniversario, con la condición de que en esa fecha la Póliza se encuentre vigente.

El monto anual de la Participación en las Utilidades depende de la utilidad originada en la inversión que haga LA COMPAÑÍA según se estipuló en el párrafo primero de esta Condición.

Cuando la presente Póliza se convierta en un seguro Saldado en un Seguro Prorrogado, LA COMPAÑÍA devolverá al Asegurado el valor de Participación de Utilidades disponible que tenga acreditado en la fecha desde la cual tenga efecto la conversión.

**CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS**

Después de que esta Póliza adquiera VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS de acuerdo con el tiempo durante el cual se haya mantenido en vigor por el pago de las primas, según se indica en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados inserta en la presente Póliza, el asegurado si no desea continuar con el pago de las primas, podrá acogerse por escrito y dentro del plazo de gracia para el pago de las primas, podrá acogerse por escrito y dentro del plazo de gracia para el pago de la prima pendiente, a una de las opciones siguientes:

**1. VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS POR CANCELACIÓN ANTICIPADA**  
Consiste en entregar a LA COMPAÑÍA esta Póliza cancelada en todas sus partes a cambio de su Valor de Rescate Garantizado, previa deducción de cualquier deuda contraída a favor de LA COMPAÑÍA y garantizada con la presente Póliza.

**2. SEGURO SALDADO**  
Significa convertir esta Póliza desde la fecha en que se causó la prima pendiente, en un seguro Saldado por la suma indicada en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados inserta en este contrato, la cual se mantendrá constante hasta el vencimiento del plan y será pagadera al fallecimiento del asegurado.

El seguro Saldado no dará derecho a Participación de Utilidades, ni a Valores de Rescate Garantizados o Préstamos.

Si existe alguna deuda, ella se deducirá del valor de Rescate Garantizado correspondiente y el saldo del mismo se aplicará a la compra del Seguro Saldado.

### 3. SEGURO PRORROGADO

Significa convertir esta Póliza, desde la fecha en que se causó la prima pendiente, en un Seguro Temporal Prorrogado por el tiempo indicado en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados inserta en esta Póliza. El valor de este seguro será cada año y hasta su vencimiento, el que correspondido al plan original a la misma altura.

El valor asegurado será pagado si el Asegurado fallece dentro del periodo especificado; pero si sobrevive al vencimiento de este término, el seguro cesará y la póliza quedará cancelada.

El Seguro Prorrogado no dará derecho a Participación de Utilidades, ni a Valores de Rescate Garantizados o Préstamos.

Queda entendido que no se expedirá el correspondiente certificado de Seguro Prorrogado hasta tanto no se produzca el pago de cualquier suma que el Asegurado adeude a LA COMPAÑÍA en virtud de la Póliza original.

#### CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE PRÉSTAMOS EN EFECTIVO

Después de que esta Póliza adquiera al valor de Rescate indicado en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados de acuerdo con el tiempo durante el cual se haya mantenido en vigor por el pago de las primas, el Asegurado tendrá derecho a obtener de LA COMPAÑÍA un préstamo hasta por el Noventa por ciento (90%) del Valor de Rescate Garantizado que corresponda en el aniversario del contrato inmediatamente anterior a la fecha del préstamo, previa deducción de cualquier deuda.

El plazo inicial del préstamo vencerá en el próximo aniversario de la Póliza, pero podrá ser prorrogado año tras año.

Los intereses del préstamo se computarán a la tasa que permita la Superintendencia Bancaria para estos planes de seguro y tanto los correspondientes al plazo inicial como a las eventuales prorrogas, deberán ser pagados anticipadamente; de lo contrario se sumarán al valor del préstamo.

La póliza obrará como garantía del préstamo y será depositada en LA COMPAÑÍA donde se le expedirá al Asegurado una constancia sobre el depósito de su póliza.

Es entendido que el no pago del préstamo a su vencimiento o de los intereses anticipados no implicará la terminación de la Póliza, sino únicamente en el caso de que los valores acumulados por concepto del préstamo y sus intereses excedan al Valor de Rescate Garantizado.

#### CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE PERIODO LIMITADO DE PAGO DE PRIMAS

Por convenio expreso que constará en la carátula de la póliza, el Asegurado podrá pagar las primas de seguro de acuerdo con una de las alternativas siguientes:

##### 1. PAGO ANUAL HASTA 70 AÑOS

El pago de las primas se hará cada año hasta la fecha de aniversario del seguro más cercana a aquella en la cual el asegurado cumpla 70 años de edad. Las primas se incrementarán cada año en la misma proporción en que se pacte el crecimiento del valor asegurado en el amparo básico.

##### 2. DIEZ PAGOS

El pago de las primas se hará en diez (10) pagos anuales, los cuales tendrán un incremento porcentual anual equivalente al pactado para el amparo básico.

##### 3. CINCO PAGOS

El pago de las primas se hará en cinco (5) pagos anuales, los cuales tendrán un incremento porcentual anual equivalente al pactado para el amparo básico.

##### 4. PAGO ÚNICO

El pago de la vigencia del seguro de hará un (1) único pago.

POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL  
HOY Y MAÑANA

PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS CON PARTICIPACION

AMPARO BASICO DE VIDA

## AMPARO

CON SUJECION A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE POLIZA Y EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y EN EL EXAMEN MEDICO O EN EL FORMULARIO QUE LO REEMPLAZA, LOS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADOS A ESTE CONTRATO, LA COMPANIA CUBRE EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO, REALIZADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE POLIZA.

## EXCLUSIONES

EL SUICIDIO OCURRIDO DENTRO DE LOS DOS (2) AÑOS SIGUIENTES A LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

## CONDICIONES GENERALES

## 1. BENEFICIARIO

En cualquier tiempo, mientras esta Póliza esté en vigor, el Asegurado podrá designar un nuevo beneficiario del seguro mediante una comunicación escrita a LA COMPANIA. El cambio de beneficiario surtirá efecto desde el momento en que dicha comunicación sea entregada en cualquiera de las oficinas locales o en la Oficina principal de LA COMPANIA. Con la comunicación, el asegurado entregará la Póliza para hacer la anotación correspondiente.

El cambio de beneficiario podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto que éste tenga la calidad de oneroso, caso en el cual se requiere su consentimiento o la desaparición del interés que lo legitima.

Cuando no se designe beneficiario o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrá la calidad de tal el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiario a los herederos del asegurado.

## 2. SUICIDIO

Si el Asegurado se quitare la vida estando en su sano juicio o demente o en cualquier otra circunstancia dentro de los dos (2) años, contados desde la fecha de iniciación de vigencia de la Póliza, LA COMPANIA no queda obligada al pago de ninguna indemnización. Transcurrido este plazo el evento de suicidio del asegurado está amparado bajo la presente Póliza.

### 3. LIMITE DE EDAD

El límite máximo de edad que LA COMPAÑIA fija para la aprobación de las solicitudes bajo las diferentes alternativas del plan es de setenta (70) años, excepto para el plan temporal a un año sin participación y renovable hasta la edad de 80 años, en el cual tal límite es de setenta y nueve (79) años.

El límite para permanecer amparado bajo la presente póliza, es la fecha de aniversario del seguro más cercana a aquella en la cual el asegurado cumpla ochenta (80) años de edad.

### 4. ERROR EN LA DECLARACION DE EDAD

La edad declarada por el Asegurado en la solicitud deberá comprobarse durante la vigencia de la Póliza o al fallecimiento del Asegurado.

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la solicitud o en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las normas establecidas por el artículo 1161 del Código de Comercio y concordantes.

### 5. INVARIABILIDAD E INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de expedición de la Póliza o desde la fecha de efecto de su última rehabilitación, según el caso, LA COMPAÑIA, no podrá reducir el valor asegurado por causa de error en la declaración de asegurabilidad. Este beneficio no se extiende a los amparos adicionales expedidos como complemento de este seguro.

En cumplimiento de la estipulación anterior, LA COMPAÑIA, se reservará los derechos legales consagrados por los artículos números 1058, 1060, 1161 y concordantes del Código de Comercio, en cuanto sean aplicables a la situación que se presente.

### 6. CONVERTIBILIDAD GARANTIZADA

En cualquier aniversario de la Póliza siempre y cuando se encuentre vigente por el pago de las primas, LA COMPAÑIA, garantiza al asegurado convenir esta Póliza, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, a cualquier otro plan de seguro diferente de temporal o creciente de los que estén autorizados a LA COMPAÑIA, siempre y cuando lo solicite por escrito y no haya cumplido (80) años de edad.

El nuevo seguro que se expida se otorgará sin amparos adicionales, por un valor asegurado equivalente al alcanzado bajo la Póliza anterior y con las mismas extraprimas y restricciones. El cálculo de la prima de la nueva póliza se efectuará teniendo en cuenta la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado al momento de la conversión.

## 7. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado inicial se aumentará automáticamente cada año, en una suma igual al incremento porcentual señalado en la carátula de la Póliza.

El valor del incremento, que se calculará sobre el valor asegurado inicial, será constante en todas las anualidades del seguro, hasta la fecha del aniversario más cercana a aquella en la que el asegurado cumpla setenta (70) años de edad. A partir de este momento y hasta el vencimiento del plan, el valor asegurado no será objeto de nuevos incrementos.

Cuando se trate de un plan temporal a un año sin participación renovable hasta la edad de 80 años, el valor Asegurado se incrementará anualmente en la proporción establecida en la carátula de la Póliza, hasta su vencimiento.

## 8. PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o primera cuota, si se acuerdo fraccionamiento, es condición indispensable para la iniciación de vigencia del seguro, por lo que el Asegurado deberá efectuar el pago al recibir la póliza correspondiente.

Para las primas de renovación o primas subsiguientes a la primera, LA COMPAÑIA concede sin intereses, un plazo de 30 días para su pago. Dicho plazo se contará a partir de la fecha de vencimiento de la vigencia del certificado inmediatamente anterior. Durante este plazo la póliza continuará vigente.

El no pago de las primas o cuotas correspondientes ocasionará la terminación automática de la póliza, salvo lo establecido en las opciones sobre Valores de Cesión Garantizados de las condiciones Particulares de esta póliza.

## 9. FRACCIONAMIENTO DE LAS PRIMAS

Las primas de la presente póliza están calculadas por anualidades, sin embargo, LA COMPAÑIA, podrá optar el pago de las mismas por cuotas semestrales, trimestrales o mensuales, cuyos valores se obtienen multiplicando la prima anual por 0.5444, 0.280 y 0.098, respectivamente.

La cuota o cuotas que faltaren para completar la prima pendiente del año de seguro en curso, se considerarán como un gravamen sobre la póliza en caso de fallecimiento del asegurado.

## 10. REHABILITACIONES

Si se produjera terminación automática de la Póliza, esta podrá ser rehalilitada en cualquier tiempo anterior al vencimiento de la vigencia del contrato, previa presentación de requisitos de asegurabilidad a satisfacción de LA COMPAÑIA y mediante el pago de las primas atrasadas con sus respectivos intereses computados al 30% anual.

En todos los casos de rehabilitación, LA COMPAÑIA se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de rehabilitación que haga el asegurado o de aceptarla en condiciones distintas de las estipuladas originalmente en la Póliza.

## 11. DEUDAS

Se entienden como tales todas las contraídas a favor de LA COMPAÑIA, por razón de esta Póliza, así como también los intereses causados por las mismas. Tales deudas constituyen el primer y principal gravamen sobre esta Póliza, con preferencia a la reclamación de beneficiarios o de cualquier otra persona y, en consecuencia, serán deducidas en su totalidad de cualquier liquidación definitiva de la Póliza.

## 12. MODIFICACION DE LA OCUPACION

Si con posterioridad a la celebración del contrato, el asegurado cambia su ocupación por otra que signifique agravación del estado del riesgo, comunicará el hecho a LA COMPAÑIA quien decidirá respecto al costo del nuevo riesgo.

## 13. RECLAMACION DEL SEGURO

El beneficiario presentará a LA COMPAÑIA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro.

La reclamación será formulada directamente por el beneficiario, quien deberá demostrar su derecho a ella.

## 14. PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑIA pagará a los beneficiarios la indemnización a que está obligada por la presente póliza, dentro del término legal de un mes contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia del siniestro.

## 15. PAGOS

Todo pago a que este obligada cualquiera de las partes contratantes por razón de esta Póliza, se hará en la Oficina Principal de LA COMPAÑIA, establecida en Santafé de Bogotá, capital de la República de Colombia, o en la Oficina Local cuya dirección se encuentra consignada en la carátula de la Póliza.

Para cualquier liquidación definitiva de este contrato se requiere que esta Póliza debidamente cancelada y firmada, sea entregada a LA COMPAÑIA.

## 16. FIRMAS

Esta Póliza y sus modificaciones y adiciones requieren para su validez la firma autógrafa de un representante autorizado por LA COMPAÑIA.



TABLA DE VALORES HOY Y MAÑANA

PLAN: G % CRECIMIENTO: 20 EDAD INICIO: 55

POLIZA: 803007050 ASEGURADO: VALLEJO GIRALDO FRANCISCO GILBE

EDAD	VR ASEGURADO (EN MILES)	PRIMA ANUAL	VR RESCATE GARANTIZADO	INVERSION ACUMULADA (FONDO DE AHORRO)
55	10000	3.305.350	2.308.580	152.690
56	12000	0	2.593.230	356.160
57	14000	0	2.900.170	622.930
58	16000	0	3.232.100	968.400
59	18000	0	3.590.440	1.411.480
60	20000	0	3.974.390	1.975.170
61	22000	0	4.381.270	2.687.360
62	24000	0	4.807.150	3.581.830
63	26000	0	5.246.230	4.699.440
64	28000	0	5.690.770	6.089.570
65	30000	0	6.131.940	7.811.900
66	32000	0	6.557.960	9.938.510
67	34000	0	6.956.590	12.556.590
68	36000	0	7.315.510	15.771.760
69	38000	0	7.619.540	19.711.930
70	40000	0	7.846.440	24.531.860
71	40000	0	8.037.450	30.422.610
72	40000	0	8.171.150	37.616.140
73	40000	0	8.227.660	46.394.210
74	40000	0	8.152.290	57.097.160
75	40000	0	7.858.420	70.136.870
76	40000	0	7.260.750	86.008.930
77	40000	0	6.378.820	105.319.160
78	40000	0	5.043.630	128.796.380
79	40000	0	2.987.390	157.313.420
80	40000	0	0	191.922.370

EL FONDO DE AHORRO ESTA CALCULADO CON UN RENDIMIENTO DEL 22% EFECTIVO ANUAL.  
 ESTA TASA ES VARIABLE DE ACUERDO CON LAS FLUCTUACIONES FINANCIERAS.  
 EL DINERO DEL FONDO DE AHORRO ESTARA DISPONIBLE AL ANIVERSARIO DE LA POLIZA.



**BANCOLOMBIA** **REGISTRO DE OPERACIÓN**  
 RECAUDO Fecha: 25-05-2015 11:07 Costo: 0.00  
 No. 48215732  
 Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
 Suc: 024 - RIONEGRO  
 Ciudad: RIONEGRO (ANTIOQUI)  
 Caj: 003 Sec: 2757  
 Valor Tot: \$ 250,000.00  
 Forma de Pago Efec: \$ 250,000.00  
 Pagador: 3561057  
 Ref: 410007203811



**BANCOLOMBIA** **REGISTRO DE OPERACIÓN**  
 RECAUDO Fecha: 03-08-2015 10:20 Costo: 0.00  
 No. 64447356  
 Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
 Suc: 024 - RIONEGRO  
 Ciudad: RIONEGRO (ANTIOQUI)  
 Caj: 003 Sec: 2757  
 Valor Tot: \$ 200,000.00  
 Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
 Pagador: 3561057  
 Ref: 410007203811



**BANCOLOMBIA** **REGISTRO DE OPERACIÓN**  
 RECAUDO Fecha: 01-12-2015 15:19 Costo: 0.00  
 No. 021264716  
 Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
 Suc: 024 - RIONEGRO  
 Ciudad: RIONEGRO (ANTIOQUI)  
 Caj: 009 Sec: 4091  
 Valor Tot: \$ 200,000.00  
 Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
 Pagador: 3561057  
 Ref: 410007203811

La información contenida en el presente documento  
 corresponde a la operación ordenada al banco.

- CLIENTE -

IX/2014 8000536-V4

Calentasa



REGISTRO DE OPERACIÓN

No. 037450479

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 07-02-2016 13:01  
Conv: 3742 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 024 - RIONEGRO  
Ciud: RIONEGRO (ANTIOQUIA)  
Caj: 005 Sec: 1672  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: JS61057  
Ref: 410007203811



REGISTRO DE OPERACIÓN

No. 044677541

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 21-04-2016 0  
Conv: 3742 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 024 - RIONEGRO  
Ciud: RIONEGRO (ANTIOQUIA)  
Caj: 005 Sec: 1672  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: JS61057  
Ref: 410007203811



REGISTRO DE OPERACIÓN

No. 095965694

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 07-08-2016 1  
Conv: 3742 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 024 - RIONEGRO  
Ciud: RIONEGRO (ANTIOQUIA)  
Caj: 005 Sec: 1672  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: JS61057  
Ref: 410007203811



REGISTRO DE OPERACIÓN

No. 118569664

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 18-01-2017 11  
Conv: 3742 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 024 - RIONEGRO  
Ciud: RIONEGRO (ANTIOQUIA)  
Caj: 005 Sec: 1672  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: JS61057  
Ref: 410007203811

La información contenida en el presente documento corresponde a la operación ordenada al banco.

- CLIENTE -

IX/2014 8000536 V4

Cadenasa



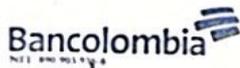
REGISTRO DE OPERACIÓN

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 23-10-2017 10:16 Costo: \$ 0.00  
No. 162133869  
Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 123 - CENTRO DE PAGOS RIONEGRO  
Ciud: MEDELLIN  
Caj: 531 Sec: 622  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: 3561057  
Ref: 410007203811



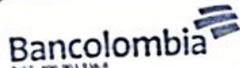
REGISTRO DE OPERACIÓN

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 18-07-2018 10:12 Costo: \$ 0.00  
No. 219551168  
Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 123 - CENTRO DE PAGOS RIONEGRO  
Ciud: MEDELLIN  
Caj: 002 Sec: 623  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: 3561057  
Ref: 410007203811



REGISTRO DE OPERACIÓN

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 04-12-2018 12:00 Costo: \$ 0.00  
No. 9263946995  
Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 123 - CENTRO DE PAGOS RIONEGRO  
Ciud: MEDELLIN  
Caj: 002 Sec: 1791  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: 3561057  
Ref: 410007203811



REGISTRO DE OPERACIÓN

BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 27-02-2019 16:15 Costo: \$ 0.00  
No. 9282971016  
Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
Suc: 123 - CENTRO DE PAGOS RIONEGRO  
Ciud: MEDELLIN  
Caj: 007 Sec: 3407  
Valor Tot: \$ 200,000.00  
Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
Pagador: 3561057  
Ref: 410007203811

*Hebrew  
27 de  
2019*

La información contenida en el presente documento  
corresponde a la operación ordenada al banco.

- CLIENTE -

IX/2014 8000536-V4

Cadena SA



**BANCOLOMBIA** **REGISTRO DE OPERACIÓN**  
 RECAUDO Fecha: 26-08-2019 11:09 Costo: 0,00  
 No. **9289866949**  
 Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
 Suc: 123 - CENTRO DE PAGOS RIONEGRO  
 Ciud: MEDELLIN  
 Caj: 531 Sec: 631  
 Valor Tot: \$ 200,000.000000  
 Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
 Pagador: 3561057  
 Ref: 410007203811



**BANCOLOMBIA** **REGISTRO DE OPERACIÓN**  
 RECAUDO Fecha: 23-12-2019 11:54 Costo: 0,00  
 No. **9325919814**  
 Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
 Suc: 123 - CENTRO DE PAGOS RIONEGRO  
 Ciud: MEDELLIN  
 Caj: 008 Sec: 2957  
 Valor Tot: \$ 200,000.000000  
 Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
 Pagador: 3561057  
 Ref: 410007203811

*Colseguros  
 mbce  
 del 2019*



**BANCOLOMBIA** **REGISTRO DE OPERACIÓN**  
 RECAUDO Fecha: 23-04-2020 08:19 Costo: 0,00  
 No. **9347174443**  
 Conv: 3942 - COLSEGUROS S.A.  
 Suc: 123 - CENTRO DE PAGOS RIONEGRO  
 Ciud: MEDELLIN  
 Caj: 012 Sec: 118  
 Valor Tot: \$ 200,000.000000  
 Forma de Pago Efec: \$ 200,000.00  
 Pagador: 3561057  
 Ref: 410007203811

*1 de 23  
 2020*

La información contenida en el presente documento  
 corresponde a la operación ordenada al banco.

• CLIENTE •

IV/2014 8000536V4

*Cadenasa*

*Colcegueros*  
19-7-2020

**Redeban**  
CORRESPONSAL BANCOLOMBIA  
MULTIPAGAS RIONEGRO  
CARRERA 51 N 50 31 LC 1  
C.U.NIC: 3007014826 TER: 02222439  
RECIBO: 025620 BRN: 025992  
APR: 628131

RECAUDO  
CONVENIO: 03942  
COLSEGUROS S.A.  
REF: 410007203811

*COLSEGUROS*  
10-6-2020

VALOR \$ 200.000

Banco Colombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 01800092345. Conserve esta tirilla como soporte.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
C.C: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

\*\*\* COMERCIO \*\*\*

*Margot 17-2021*

**Redeban**

MULTIPAGAS RIONEGRO

RECAUDO

VALOR \$ 200.000

Banco Colombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 01800092345. Conserve esta tirilla como soporte.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
C.C: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

\*\*\* COMERCIO \*\*\*

*21.07.2021*

**Redeban**

MULTIPAGAS RIONEGRO

RECAUDO

VALOR \$ 200.000

Banco Colombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 01800092345. Conserve esta tirilla como soporte.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
C.C: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

\*\*\* COMERCIO \*\*\*

*Colcegueros*  
26-12-2020

**Redeban**

MULTIPAGAS RIONEGRO

RECAUDO

VALOR \$ 200.000

Banco Colombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 01800092345. Conserve esta tirilla como soporte.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
C.C: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

\*\*\* COMERCIO \*\*\*

*Colcegueros*  
26-12-2020

**Redeban**

MULTIPAGAS RIONEGRO

RECAUDO

VALOR \$ 200.000

Banco Colombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 01800092345. Conserve esta tirilla como soporte.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
C.C: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

\*\*\* COMERCIO \*\*\*

*Colcegueros*  
26-12-2020

**Redeban**

MULTIPAGAS RIONEGRO

RECAUDO

VALOR \$ 200.000

Banco Colombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 01800092345. Conserve esta tirilla como soporte.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
C.C: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

\*\*\* COMERCIO \*\*\*

SYSTEME DE AUTOMATISATION  
 RECHARGE MOBILE TRANS  
 2023-11-14 11:14 12:00 9.00  
 BANCOLOMBIA

**Redeban**  
 25 08 2023 12:08:26 9.00  
 CORRESPONSAL BANCOLOMBIA  
 PIM RIONEGRO PAPELERIA  
 CALLE 52 57 A 04  
 CUMBO 3500400 TER: 604 502  
 RECIBO 627251  
 RECALDO  
 COMERCIO 6342  
 COLSODAS S.A.  
 RECIBO 627251  
 VALOR: ~~200.000~~  
 El cliente es responsable por los servicios  
 prestados por el CE. El CE no puede prestar  
 servicios financieros por su cuenta. Verifique  
 que la información en este documento este  
 correcta. Para reclamos comuníquese al  
 0180009 2345. Conserve esta tarjeta como  
 soporte.  
 \*\*\* CLIENTE \*\*\*

**Redeban**  
 25 08 2023 12:08:26 9.00  
 CORRESPONSAL  
 BANCOLOMBIA  
 MULTIPAGAS RIONEGRO  
 CARRERA 51 N 50 31 LC 1  
 CUMBO 3500400 TER: 604 502  
 RECIBO 627251  
 RECALDO  
 COMERCIO 6342  
 COLSODAS S.A.  
 RECIBO 627251  
 VALOR: ~~200.000~~  
 El cliente es responsable por los servicios  
 prestados por el CE. El CE no puede prestar  
 servicios financieros por su cuenta. Verifique  
 que la información en este documento este  
 correcta. Para reclamos comuníquese al  
 0180009 2345. Conserve esta tarjeta como  
 soporte.  
 \*\*\* COMERCIO \*\*\*

*Colceguera*  
**Redeban**  
 29 12 2023 11:17:41 9.00  
 CORRESPONSAL  
 BANCOLOMBIA  
 PIM RIONEGRO PAPELERIA  
 CALLE 52 57 A 04  
 CUMBO 3500400 TER: 604 502  
 RECIBO 627251  
 RECALDO  
 COMERCIO 6342  
 COLSODAS S.A.  
 RECIBO 627251  
 VALOR: ~~200.000~~  
 El cliente es responsable por los servicios  
 prestados por el CE. El CE no puede prestar  
 servicios financieros por su cuenta. Verifique  
 que la información en este documento este  
 correcta. Para reclamos comuníquese al  
 0180009 2345. Conserve esta tarjeta como  
 soporte.  
 \*\*\* COMERCIO \*\*\*

**SOLICITUD DE INFORMACION Y RECLAMACION - FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO CC: 3.561.057**

1 mensaje

Edwin Armando Garcia Jurado <earmandogarcia@gmail.com>  
Para: servicioalcliente@allianz.co

29 de abril de 2024, 15:10

Cordial saludo

Adjunto encontrará:

**ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACION Y ACLARACION DE SUPUESTA CANCELACION Y RETIRO**  
**SOLICITANTE: FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO CC: 3.561.057**

 **FOLIOS SOLICITUD: 34 FOLIOS**

Por favor acusar recibo

Atentamente

**EDWIN ARMANDO GARCÍA JURADO**  
Director Operativo - Abogado Asesor  
**GARCÍA JURADO - ABOGADOS**  
Calle 59A # 44-41 / Piso 2  
Rionegro (Ant.)  
Teléfono: (604) 463 70 21  
Celular: 3206538088



**Cuide el Ambiente. Por favor no imprima si no es necesario.**  
**Think Green. Please don't print if it's not necessary.**

Este correo y cualquier archivo anexo pertenecen a GARCIA JURADO - ABOGADOS y son para uso exclusivo del destinatario intencional. Esta comunicación puede contener información confidencial o de acceso privilegiado. Si usted ha recibido éste correo por error, equivocación u omisión favor notificar en forma inmediata al remitente y eliminar dicho mensaje con sus anexos. La utilización, copia, impresión, retención, divulgación, reenvío o cualquier acción tomada sobre éste mensaje y sus anexos queda estrictamente prohibido y puede ser sancionado legalmente.

This e-mail and any attached files belong to GARCIA JURADO - ABOGADOS and they are for the sole use of the intended recipient(s). This communication may contain confidential or privileged information. If you are not the intended recipient, please contact the sender by reply this e-mail and destroy all copies of the original message. Any unauthorised review, use, disclosure, dissemination, forwarding, printing or copying of this email or any action taken in reliance on this e-mail is strictly prohibited and may be unlawful.

 **SOLICITUD RECLAMACION - GILBERTO VALLEJO.pdf**  
9639K



**GARCIA  
JURADO**  
Abogados

Señores.

**ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**

**COLSEGUROS S.A.**

La ciudad



**ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER.**

**FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**, persona mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Rionegro - Antioquia, identificado con cédula de ciudadanía número 3.561.057, obrando en nombre propio, por medio del presente escrito me permito comunicarles que confiero poder especial, amplio y suficiente en lo que a derecho se refiere al Dr. **EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**, abogado en ejercicio e identificado con cedula de ciudadanía número 15.447.165 y Tarjeta Profesional número 242.582 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación trámite ante sus dependencias **SOLICITUD DE INFORMACION Y ACLARACION DE SUPUESTA CANCELACION Y RETIRO**, estas en razon a la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, con vigencia entre el 27 de julio de 1999 y 27 de julio de 2024.

Mi apoderado cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de presentar documentación, requerir documentos, presentar acción de tutela en caso de violación de mis derechos fundamentales, notificarse, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar, conciliar, negociar, recibir, reclamar y las demás inherentes al mandato.

Son datos de contacto de mi apoderado la calle 59ª # 44-41 / Piso 2º / Rionegro – Antioquia, email [earmandogarcia@gmail.com](mailto:earmandogarcia@gmail.com) celular 3103810274, datos informados

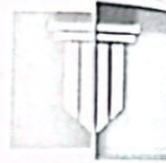
NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 2719090



**GARCÍA JURADO**  
Abogados

por este al momento de otorgar este poder y que manifiesta son los registrados en el sistema SIRNA.

De ustedes, Respetuosamente,

**FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**  
Cédula de ciudadanía: 3.561.057

Acepto,

**EDWIN ARMANDO GARCÍA JURADO**  
Cédula de ciudadanía número 15.447.165. De Rionegro - Antioquia  
Tarjeta profesional número 242.582 del consejo Superior de la Judicatura

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELÉFONO: (604) 4637021

**MEDELLÍN**

CARRERA 43A #95UR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 271 9090

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELÉFONO: (604) 4637021

#95UR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
19090

**DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL**  
**Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015**



COD 36636

En la ciudad de Rionegro, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el veintiseis (26) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría primera (1) del Círculo de Rionegro, compareció: FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0003561057 y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.



----- Firma autógrafa -----



520fd2a22b

26/04/2024 10:55:57

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información con destino a: SEÑORES ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.



**BEATRIZ HELENA RENDÓN OSPINA**

Notaria (1) del Círculo de Rionegro, Departamento de Antioquia  
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>  
Número Único de Transacción: 520fd2a22b, 26/04/2024 10:56:27



**GARCIA  
JURADO**  
Abogados

Señores.

**ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**

**COLSEGUROS S.A.**

La ciudad

**ASUNTO:** SOLICITUD DE INFORMACION Y ACLARACION DE SUPUESTA CANCELACION Y RETIRO

**SOLICITANTE:** FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO CC: 3.561.057

**EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**, mayor de edad, abogado en ejercicio e identificado con cedula de ciudadanía número 15.447.165 y portador de la Tarjeta Profesional número 242.582 del Consejo Superior de la Judicatura, en nombre y representación del señor **FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**, persona mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Rionegro - Antioquia, identificado con cédula de ciudadanía número 3.561.057, presento ante sus dependencias **SOLICITUD DE INFORMACION Y ACLARACION DE SUPUESTA CANCELACION Y RETIRO**, estas en razon a la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, con vigencia entre el 27 de julio de 1999 y 27 de julio de 2024.

### CONSIDERACIONES

1. Mi representado señor **FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO**, identificado con cédula de ciudadanía número 3.561.057, el día 27 de julio de 1999 adquirió con sus dependencias POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL HOY Y MAÑANA PLAN TEMPORAL A EDAD DE 80 AÑOS.

#### NUESTRAS SEDES

##### RIONEGRO

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

##### MEDELLIN

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 2719090



2. Desde el momento de toma de dicho seguro mi representado ha venido pagando los valores por póliza correspondientes de manera mensual sin falta.
3. Para el mes marzo del año 2009 mi representado solicito más información en razon al capital que se encontraba cubierto por su entidad y las opciones de entrega por liquidez de algún monto.
4. Dada la solicitud de mi representado, de manera poco clara le fue informado a que podría acceder a un pago de capital por cuatro millones de pesos (\$4.000.000), siempre que se hiciera un cambio en las condiciones de la póliza, situación que ante la escasa información y la explicación de las consecuencias que derivaría en el clausulado de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, mi representado acepto, solicitando así el retiro de CUATRO MILLONES (\$4.000.000) el día 05 de marzo de 2009; conformándose así una lesión grave en contra de mi representado en las condiciones clausulares de la póliza.
5. Es tal la falta de información al momento de modificar la póliza, que mi representado siguió pagando de manera mensual y sin falta las primas que debía seguir consignando para su póliza.
6. El formato de Retiro Parcial\_\_ Total\_\_ / Plan Ideal Vida Inversión N°. posee falencias en su formulación; tales como:
  - a. No se identifica el tipo de retiro autorizado por el tomador beneficiario de la póliza.
  - b. No se evidencia el número de póliza que se modifica.

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A # 95UR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 2718881



c. No se evidencia el nombre, cedula y fecha al pie del documento, salvo la suscripción rubrica.

7. La falta de información CLARA Y CONCRETA en especial la correspondiente a las CONSECUENCIAS del retiro de aportes en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, llevo a un error insuperable de mi representado en el consentimiento de dicho cambio; pues de haber conocido con claridad que perdería la cobertura inicialmente pactada, no hubiera consentido el cambio clausular acá narrado.
8. Igualmente en misiva del 04 de marzo de 2024, ALLIANZ SEGUROS, afirma que desde el mes de diciembre de 2016 la póliza modificada se encuentra en estado de CANCELADA por el no pago de las primas desde el mes de noviembre de 2016 al noviembre de 2019, situación que se afirma fue notificada a mi representado en el año 2020 vía email, más de dicho email no se tiene constancia (se afirma que se adjunta prueba a la contestación pero esta no se anexo); extraño es que conociendo los medios de notificación de mi representado como lo son teléfono celular y dirección física, estas no hayan sido utilizadas para informar una anomalía en el pago tan importante y por un periodo tan extenso.
9. Como ya se dijo antes, mi representado no ha dejado de pagar las primas que le fueron establecidas en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.

NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 2719090



10. Mi representado esta próximo al cumplimiento de los 80 años, y es su expectativa legitima el reconocimiento del pago prometido en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.

### SOLICITUDES

En razon a los argumentos expuestos en líneas anteriores; con la presente para solicitarles:

**PRIMERO:** Se invalide la cancelación por FALTA DE INFORMACION VERAZ, CLARA Y CONCRETA al momento del cambio de condiciones de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.

**SEGUNDO:** Se continúe con la cobertura propia de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, según las condiciones establecidas para el día 27 de julio de 1999, fecha de toma de la antedicha póliza.

**TERCERO:** Se reconozcan como PAGADAS TODAS las primas propias de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6, esto en razon a los recibos aportados con esta solicitud.

#### NUESTRAS SEDES

##### RIONEGRO

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

##### MEDELLIN

CARRERA 43A #95UR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 2719090



De no ser posible las solicitudes antedichas; de manera respetuosa solicito sean solventadas las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál fue el asesor (nombre), que informo los cambios en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6 a mi representado?
2. ¿Cuáles fueron los soportes -además del anexo a la misiva del 04 de marzo de 2024- que dan cuenta de la información y asesoramiento dado a mi representado sobre las graves modificaciones que conllevaría el cambio en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6?
3. Si la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6 estaba en calidad de CANCELADA; ¿Por qué se siguió recibiendo por su entidad los pagos a las primas realizados por mi representado?
4. Si por su entidad se poseía la información de notificación de mi representado además del email, tales como dirección física y teléfono fijo y móvil; ¿Por qué no se utilizaron para informar las condiciones de mora de las primas entre noviembre de 2016 y noviembre de 2019?
5. ¿Por qué solo hasta "2020" (no se especifica en la misiva del 04 de marzo de 2024) se hizo la notificación de mora de las primas pendientes de pago en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6?

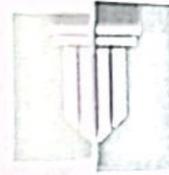
NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #95UR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / OF. 901  
TEL: (604) 2719090



**GARCÍA  
JURADO**  
Abogados

## NOTIFICACIONES

Para efectos de contestación al presente requerimiento; solicito amablemente tenga para tal fin los siguientes datos:

**DIRECCION FISICA:** Calle 59° # 44-41 / Piso 2° / Rionegro – Antioquia

**DIRECCION EMAIL:** [earmandogarcia@gmail.com](mailto:earmandogarcia@gmail.com) y  
[garciajuradoabogados@gmail.com](mailto:garciajuradoabogados@gmail.com)

**TELEFONOS:** FIJO – (604) 4637021 /  
MOVIL – 3103810274

De su cordial despacho.

Atentamente;

**EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**

Cédula de ciudadanía número 15.447.165. De Rionegro - Antioquia

Tarjeta profesional número 242.582 del consejo Superior de la Judicatura

### NUESTRAS SEDES

**RIONEGRO**

CALLE 59A # 44-41 / PISO 2  
TELEFONO: (604) 4637021

**MEDELLIN**

CARRERA 43A #9SUR - 91  
TORRE NORTE / PISO 9 / Of. 901  
TEL: (604) 271 9090

# Conectados con nuestros asegurados

Bogotá D.C., 16 de mayo de 2024

Señor:  
**EDWIN ARMANDO GARCIA JURADO**

Ciudad

Respuesta requerimiento	<b>RFC 24-0002240</b>
Asunto: Información de póliza de vida	<b>150054221</b>
Número de contrato	<b>410007029100</b>
Tomador – Asegurado	<b>Francisco Gilberto Vallejo Giraldo</b>

Hola Edwin,

En atención a tu requerimiento actuando como apoderado del señor Francisco Gilberto Vallejo Giraldo, tomador de la póliza de vida mencionada en el asunto sobre la cual nos solicitas información, nos permitimos brindar la respuesta de la siguiente manera:

El señor Francisco Vallejo adquirió inicialmente, específicamente el 27/07/1999 un producto de vida denominado Hoy y Mañana bajo el número 803007050-6 el cual recaudó en un único pago. Este seguro previa autorización por parte del Asegurado fue rescindido y convertido a un nuevo seguro denominado PIVI – Plan Ideal Vida Inversión bajo el número **150054221** atado al número de contrato **410007029100**. Los valores generados a la fecha de rescisión de la póliza Hoy y Mañana fueron trasladados para la apertura del producto PIVI. De dichos valores que constituyeron el valor de fondo inicial, la Compañía descontó mensualmente acorde con la autorización otorgada, la prima del seguro de vida.

La opción de traslado del seguro de vida Hoy y Mañana al nuevo producto Plan Ideal Vida Inversión, le permitía continuar al señor Vallejo con la opción de protección como en el seguro de vida Hoy y Mañana, siempre y cuando la póliza de Hoy y Mañana estuviera al día en pago de primas, no tuviera préstamo vigente en el momento del traslado **y no realizara retiro alguno de la cuenta de ahorro individual hasta el cumplimiento de la edad pactada.**

Siendo así las cosas y habiendo aclarado lo anterior, por el hecho del señor Vallejo haber realizado un retiro de \$4.000.000 en el año 2009 sobre el contrato **410007029100** ya no se garantiza la cobertura de la póliza de vida hasta la edad 80 años, únicamente hasta donde se extinguiera el valor aportado en el fondo voluntario, para este caso hasta diciembre de 2016.

Habiendo aclarado todo lo anteriormente expuesto, **no es posible acceder a las tres primeras pretensiones enunciadas por lo siguiente:**

**PRIMERO: Se invalide la cancelación por FALTA DE INFORMACION VERAZ, CLARA Y CONCRETA al momento del cambio de condiciones de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con numero 08-03-007050 6.**

Respuesta: El señor Vallejo firmó el traslado de la póliza de vida Hoy y Mañana al producto Plan Ideal, motivo por el cual no es posible reversar la cancelación de la póliza inicialmente mencionada por cuanto se encuentra no vigente desde el año 2004 (fecha de la solicitud de traslado de la cual adjuntamos copia),

**SEGUNDO:** Se continúe con la cobertura propia de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con número 08-03-007050 6, según las condiciones establecidas para el día 27 de julio de 1999, fecha de toma de la antedicha póliza.

Respuesta: Tal como lo manifestamos en el punto primero no es posible otorgar nuevamente cobertura de la póliza Hoy y Mañana por cuanto a solicitud del cliente, el señor Vallejo, esta se renunció y los valores de dicha cancelación pasaron al contrato del fondo voluntario atado a la póliza de vida Plan Ideal Vida Inversión.

**TERCERO:** Se reconozcan como PAGADAS TODAS las primas propias de la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con número 08-03-007050 6, esto en razón a los recibos aportados con esta solicitud.

Respuesta: Para este punto es importante aclarar que el pago de la prima de la póliza de vida Hoy y Mañana correspondió a un único pago, lo que quiere decir que estaba recaudada en su totalidad. Por otra parte, los aportes realizados por el señor Vallejo fueron directamente al contrato del fondo voluntario, con el fin de que la compañía realizara los débitos mensuales para mantener vigente la nueva póliza de vida adquirida.

Respecto a tus demás interrogantes con el fin de que tengas un poco más de claridad, damos respuesta de la siguiente manera:

**1. ¿Cuál fue el asesor (nombre), que informo los cambios en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con número 08-03-007050 6 a mi representado?**

Respuesta: Adjuntamos a esta comunicación copia del contrato del fondo voluntario en el cual se evidencian los datos del asesor.

**2. ¿Cuáles fueron los soportes -además del anexo a la misiva del 04 de marzo de 2024- que dan cuenta de la información y asesoramiento dado a mi representado sobre las graves modificaciones que conllevaría el cambio en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con número 08-03-007050 6?**

Respuesta: Adjuntamos copia del condicionado del producto Plan ideal Vida Inversión en el cual puedes realizar la revisión de lo establecido en el nuevo producto adquirido por el señor Vallejo.

**3. Si la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con número 08-03-0070506 estaba en calidad de CANCELADA; ¿Por qué se siguió recibiendo por su entidad los pagos a las primas realizados por mi representado?**

Respuesta: Los aportes recibidos al contrato del fondo voluntario fueron utilizados para el recaudo de las primas de la póliza Plan Ideal Vida inversión 150054221, esto, debido a que la póliza Hoy y Mañana ya se encontraba cancelada desde el año 2004.

**4. Si por su entidad se poseía la información de notificación de mi representado además del email, tales como dirección física y teléfono fijo y móvil; ¿Por qué no se utilizaron para informar las condiciones de mora de las primas entre noviembre de 2016 y noviembre de 2019?**

Respuesta: La información se remitió el 19/03/2020 por medio de correo electrónico, teniendo en cuenta que en febrero del mismo año el señor Vallejo hizo llegar soportes de aportes al contrato del fondo voluntario.

**5. ¿Por qué solo hasta "2020" (no se especifica en la misiva del 04 de marzo de 2024) se hizo la notificación de mora de las primas pendientes de pago en la póliza SEGURO DE VIDA HOY Y MAÑANA plan temporal a edad 80 años con número 08-03-007050 6?**

Respuesta: Tal como lo manifestamos en el punto anterior la información fue remitida en el año 2020, fecha en que el señor Vallejo se contactó vía correo electrónico. Así mismo, es importante aclarar que el señor Vallejo tenía conocimiento de las condiciones de la póliza y lo que acarrearía en caso de no estar al día en las primas del seguro de vida, teniendo en cuenta que el pago de la prima es uno de los elementos esenciales del seguro.

Finalmente, en relación a los aportes realizados al contrato del fondo voluntario te manifestamos que estos fueron consignados posterior a la fecha de la cancelación de la póliza de vida, motivo por el cual el señor Vallejo puede realizar el retiro del dinero disponible en el contrato radicando por medio del correo [nidia.forero@externos.allianz.co](mailto:nidia.forero@externos.allianz.co) los siguientes documentos:

- Formato de solicitud de retiro de aportes.
- Formato de conocimiento de retiro.

Esperamos haber aclarado tus inquietudes, si tienes algún comentario adicional puedes comunicarte a nuestras líneas de atención, desde celular al #265, en Bogotá 601 5941133 o línea nacional 018000 513500. Si lo deseas puedes escribirnos al correo electrónico [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

Te recordamos que la Compañía cuenta con la figura de Defensor del Consumidor Financiero, para conocer en detalle su información te invitamos a visitar nuestra página web en la sección "Defensor del Consumidor Financiero" en el siguiente link: <https://www.allianz.co/legales/consumidor-financiero/Defensor-Consumidor-Financiero.html>

Cordialmente,

**Adriana Castro E.**  
Directora Oficina del Cliente

De acuerdo con lo anterior, declaro expresamente que entiendo y acepto que al hacer el retiro parcial del contrato de la referencia, la cobertura de la Póliza de Vida de Plan Ideal Vida Inversión, ya no será garantizada por Allianz Seguros de Vida S.A. hasta la edad de 80 años, teniendo en cuenta que el valor de fondo que permitiría dicha protección futura será disminuido por el retiro que he efectuado, y por ende los rendimientos proyectados no podrán corresponder a lo presentado en la oferta inicial de la póliza, de tal forma que la cobertura existirá solamente hasta el momento en que el saldo del Plan se agote, y no sea posible descontar las primas correspondientes.

Adicionalmente estoy informado respecto a la cancelación de la póliza de Plan Ideal Vida Inversión al efectuar el retiro total de mi contrato de Plan Ideal.

Nombre:

C.C.

Fecha:

Firma: \_\_\_\_\_

ANEXO FORMATO DE RETIRO PARCIAL \_\_ TOTAL \_\_  
PLAN IDEAL VIDA INVERSIÓN NO.

Señores  
ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.  
Ciudad

Apreciados señores

1. Por medio del presente documento, declaro tener conocimiento del anexo del Reglamento del Plan Ideal Vida Inversión para clientes de Hoy y Mañana, que me ha sido entregado y que dispone lo siguiente:

"La opción de producto Plan Ideal Vida Inversión que usted ha aceptado escoger como sustitución al Seguro de Vida Hoy y Mañana, le permitirá bajo los supuestos proyectados para su respectiva póliza y que han sido ilustrados por su asesor, continuar con su opción de protección hasta los 80 años de igual manera que en el Seguro de Vida Hoy y Mañana que usted tenía contratado, **siempre y cuando usted no realice retiro alguno de su cuenta de ahorro individual hasta el cumplimiento de la edad antes mencionada**".

De acuerdo con lo anterior, declaro expresamente que entiendo y acepto que al hacer el retiro parcial del contrato de la referencia, la cobertura de la Póliza de Vida de Plan Ideal Vida Inversión, ya no será garantizada por Allianz Seguros de Vida S.A. hasta la edad de 80 años, teniendo en cuenta que el valor de fondo que permitiría dicha protección futura será disminuido por el retiro que he efectuado, y por ende los rendimientos proyectados no podrán corresponder a lo presentado en la oferta inicial de la póliza, de tal forma que la cobertura existirá solamente hasta el momento en que el saldo del Plan se agote, y no sea posible descontar las primas correspondientes.

Así mismo estoy informado respecto a la cancelación de la póliza de Plan Ideal Vida Inversión al efectuar el retiro total de mi contrato de Plan Ideal.

Nombre:  
C.C.  
Fecha:

Firma: \_\_\_\_\_

# Estado de cuenta

FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO

Esto ocurrió durante el periodo solicitado de tu fondo de pensiones voluntarias.

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía Número: 3561057  
Fecha de inicio: diciembre 22 de 2007 Fecha de fin: mayo 15 de 2024 Fecha de expedición: mayo 16 de 2024

## Datos de producto

<b>Línea de negocio:</b> Fondo Voluntaria de Pensiones Colegas	<b>Línea de producto:</b> Ahorro Voluntario	<b>Producto:</b> Ahorro Voluntario	<b>Tipo de producto:</b> Ahorro Voluntario
---	--	---------------------------------------	---

## Resumen consolidado de cuentas

No. Cuenta	Tipo objetivo	Descripción objetivo	Saldo final
23770	PENSION	PENSIÓN VOLUNTARIA	\$3.921.677,98
<b>Total</b>			<b>\$3.921.677,98</b>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Si deseas verificar esta información, comunícate con nosotras a nuestras líneas de atención:  
Todo el país 018000514400 Bogotá + 57 601 5941130  
[www.allianzahorroeinversiones.co](http://www.allianzahorroeinversiones.co)

Página -

Fondo Voluntario  
de Pensiones | Administrado por Allianz @ 150 -  
Nit. 830101782-6

Administrado por Allianz Seguros de Vida Nit 860027404-1

### Resumen consolidado de alternativas

Nombre de alternativa	Saldo en valor
RENDA FVA MEDIANO PLAZO	\$ 3.921.677,98
Total	\$ 3.921.677,98

### Movimientos del período

Fecha	No. Cuenta	Concepto de movimiento	Valor
18/11/2011	23770	ACREDITACION	\$ 25.855,00
04/04/2012	23770	ACREDITACION	\$ 340.000,00
15/06/2012	23770	ACREDITACION	\$ 200.000,00
24/08/2012	23770	ACREDITACION	\$ 200.000,00
24/10/2012	23770	ACREDITACION	\$ 200.000,00
14/01/2013	23770	ACREDITACION	\$ 200.000,00
14/05/2013	23770	ACREDITACION	\$ 150.000,00
23/08/2013	23770	ACREDITACION	\$ 100.000,00
30/10/2013	23770	RETIROS_APORTES	\$ 1.025.776,00
30/10/2013	23770	RETIROS_APORTES	\$ 1.675,49
11/12/2013	23770	RETIROS_APORTES	\$ 69.312,00
11/12/2013	23770	RETIROS_APORTES	\$ 251,04
24/02/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$ 268.128,00
24/02/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$ 1.164,28
18/03/2014	23770	ACREDITACION	\$ 200.000,00

Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Si deseas verificar esta información, comunícate con nosotros a nuestras líneas de atención:  
Todo el país 018000514400 Bogotá + 57 601 5941130  
www.allianzahorroelinversiones.co

Página -

### Movimientos del periodo

Fecha	No. Cuenta	Concepto de movimiento	Valor
18/03/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$314.54
29/04/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$69.312.00
29/04/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$32.27
21/05/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$69.312.00
21/05/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$41.26
06/06/2014	23770	ACREDITACION	\$200.000.00
18/06/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$69.312.00
16/07/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$138.624.00
16/07/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$16.00
25/08/2014	23770	ACREDITACION	\$200.000.00
22/09/2014	23770	ACREDITACION	\$200.000.00
29/09/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$69.312.00
29/10/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$69.312.00
29/10/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$10.00
18/11/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$78.720.00
18/11/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$22.00
10/12/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$78.720.00
10/12/2014	23770	RETIROS_APORTES	\$43.00
15/01/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$78.720.00
15/01/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$56.00
19/02/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$78.720.00
19/02/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$131.00
06/03/2015	23770	ACREDITACION	\$200.000.00
08/04/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$157.440.00
08/04/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$34.00
11/05/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$78.720.00
11/05/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$273.00
25/05/2015	23770	ACREDITACION	\$250.000.00
04/06/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$78.720.00
04/06/2015	23770	RETIROS_APORTES	\$2.00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Si deseas verificar esta información, comunícate con nosotros a nuestras líneas de atención:  
 Todo el país 018000514400 Bogotá + 57 601 5941130  
[www.allianzahorroeinversiones.co](http://www.allianzahorroeinversiones.co)

Página -

**Movimientos del periodo**

Fecha	No. Cuenta	Concepto de movimiento	Valor
06/07/2015	23770	RETIROS_APORTES	178.720 00
06/07/2015	23770	RETIROS_APORTES	17 00
03/08/2015	23770	ACREDITACION	1200.000 00
13/08/2015	23770	RETIROS_APORTES	178.720 00
13/08/2015	23770	RETIROS_APORTES	12 00
15/09/2015	23770	RETIROS_APORTES	178.720 00
15/09/2015	23770	RETIROS_APORTES	12 00
06/10/2015	23770	ACREDITACION	1200.000 00
08/10/2015	23770	RETIROS_APORTES	178.720 00
08/10/2015	23770	RETIROS_APORTES	11 00
24/11/2015	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
24/11/2015	23770	RETIROS_APORTES	19 00
01/12/2015	23770	ACREDITACION	1200.000 00
14/12/2015	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
14/12/2015	23770	RETIROS_APORTES	12 00
07/01/2016	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
07/01/2016	23770	RETIROS_APORTES	14 00
10/02/2016	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
10/02/2016	23770	RETIROS_APORTES	139 00
07/03/2016	23770	ACREDITACION	1200.000 00
10/03/2016	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
10/03/2016	23770	RETIROS_APORTES	15 00
09/04/2016	23770	ACREDITACION	1200.000 00
18/04/2016	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
18/04/2016	23770	RETIROS_APORTES	110 00
24/05/2016	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
24/05/2016	23770	RETIROS_APORTES	146 00
20/06/2016	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00
20/06/2016	23770	RETIROS_APORTES	199 00
22/07/2016	23770	RETIROS_APORTES	189.376 00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

13/02/2011

Fondo Voluntario  
de Pensiones  
Nit. 830101782-6

Administrado por Allianz @ 150-

Administrado por Allianz Seguros de Vida Nit 860027404-1

7029100  
93244  
288-21120

### Movimientos del periodo

Fecha	No. Cuenta	Concepto de movimiento	Valor
22/07/2016	23770	RETIROS_APORTES	186.00
17/08/2016	23770	ACREDITACION	200.000.00
19/09/2016	23770	RETIROS_APORTES	178.752.00
19/09/2016	23770	RETIROS_APORTES	93.00
18/01/2017	23770	ACREDITACION	200.000.00
15/02/2017	23770	RETIROS_APORTES	191.456.00
15/02/2017	23770	RETIROS_APORTES	66.00
21/10/2017	23770	ACREDITACION	200.000.00
30/12/2017	23770	ACREDITACION	35.000.00
18/07/2018	23770	ACREDITACION	200.000.00
04/12/2018	23770	ACREDITACION	200.000.00
27/02/2019	23770	ACREDITACION	200.000.00
30/12/2017	23770	ACREDITACION	200.000.00
24/08/2019	23770	ACREDITACION	200.000.00
23/12/2019	23770	ACREDITACION	200.000.00
23/04/2020	23770	ACREDITACION	200.000.00
19/06/2020	23770	ACREDITACION	200.000.00
26/12/2020	23770	ACREDITACION	200.000.00
11/03/2021	23770	ACREDITACION	200.000.00
21/07/2021	23770	ACREDITACION	200.000.00
27/10/2021	23770	ACREDITACION	200.000.00
19/03/2022	23770	ACREDITACION	200.000.00
28/05/2022	23770	ACREDITACION	200.000.00
10/04/2023	23770	ACREDITACION	200.000.00
09/02/2024	23770	MODIFICACION_RETENCION_CONTIENES	653.72
<b>Total</b>			<b>11.273.784.60</b>

Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7029 LOC  
93244

208-21728

Ciudad, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
dd / mm / aaaa

Señores:

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A  
Ciudad

2004DEC207: 3:04

REFERENCIA:  
Rescisión Póliza de Vida Hoy y Mañana  
Nueva oferta "PLAN IDEAL VIDA INVERSIÓN"

Apreciados señores:

Yo Francisco Vallejo me permito informales mi decisión de rescindir la póliza de vida de Hoy y Mañana No. 8030070506 que se encuentra a mi nombre.

Solicito que los valores de rescate y participación de utilidades generados en la Póliza en referencia y la bonificación otorgada por la compañía, sean abonados para la apertura mi PLAN IDEAL VIDA INVERSIÓN, que me ofrece Aseguradora de Vida Colseguros.

Solicito que los valores de rescate y participación de utilidades generados en la Póliza en referencia sean abonados a mi cuenta:

Banco : \_\_\_\_\_

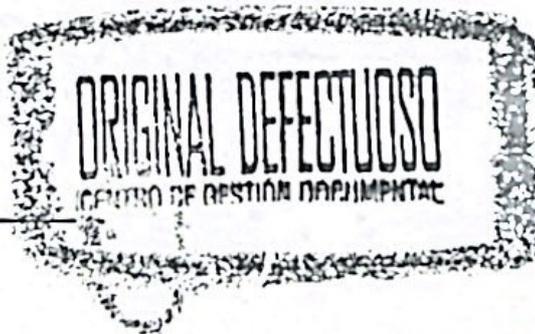
No. Cuenta : \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: Corriente:  Ahorros:

Nota: Marcar con un "X", la opción escogida.

Cordialmente,

Firma [Handwritten Signature]  
CC 3561044





MIN	1	5	MAX
			J

### Información Adicional Datos financieros

Ingresos mensuales \$ 800.000 Egresos mensuales \$ 600.000  
 Patrimonio 100.000.000 Pasivos 8.000.000  
 Asalariado Independiente  Estudiante Rentista Socio Jubilado  Otro (Cual?)  
 Referencias Bancarias: Banco CONOVI No. de Cuenta 1019-002456922 Sucursal Pionero  
 Referencias Bancarias: Banco No. de Cuenta Sucursal  
 Otros ingresos o ingresos no Operacionales Valor \$ Concepto

Origen de los recursos  
de su actividad económica.  
Nombre acreedor

### Operaciones

(¿Realiza usted transacciones en moneda extranjera?) Si No Tipo de transacciones: Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias Préstamos en moneda extranjera  
 Pago de servicios (¿Tiene cuentas corrientes en moneda extranjera?) Si No País Entidad  
 (¿Ha tenido relación con entidades del sector financiero?) No Si Entidad Financiera  
 Anexos: Fotocopia del documento de identificación Declaración de renta del último periodo gravable (si aplica) Constancia de ingresos

### Abonos en Cuenta

Nombre de la Entidad CONOVI Cód.  
 Tipo de cuenta Ahorros  Corriente No. 1019-002456922 Ciudad PIONERO

Diligencie los datos de descuentos si desea hacer aportes adicionales por estos medios.

### Débito Automático \*

(Diligenciar sólo si eligiera este medio de recaudo) \*Ver reglamento Débito Automático al respaldo del formulario  
La siguiente información sólo aplica para entidades afiliadas a las redes de que tengan convenio con COLSEGUROS (Red Multicor)

Nombre de la Entidad Tipo de cuenta Ahorros Corriente No. Ciudad Cód. Valor Fecha de Débito 15 30

### Autorización de Descuento por Nómina

(Sólo para trabajadores dependientes) Autorizo descontar de mi salario el monto de los aportes de acuerdo con las condiciones señaladas, suma que debe ser consignada por mi empleador a mi nombre, en la cuenta individual del fondo de pensiones voluntarias COLSEGUROS (Deberán realizar el proceso de afiliación empresarial correspondiente).

### Información del empleador

Entidad agrupadora  
 Nit del empleador Nombre o razón social  
 Actividad Económica Dirección  
 E-mail Cargo que ocupa el contacto  
 Ciudad Departamento Teléfono Fax

### Aceptación

Declaro que he recibido la información técnica necesaria por parte de mi asesor financiero, lo que me permite garantizar que conozco y acepto: 1. Las características de dicho plan, los portafolios de inversión que lo componen y los riesgos de volatilidad que están asociados al mismo, así como el horizonte de tiempo mínimo esperado para mi inversión. 2. Que se identificó mi perfil de riesgo de acuerdo con mis características, expectativas y necesidades.

### Manifiesto de Aportes

Declaración Origen de Fondos: En cumplimiento de todas las normas vigentes, realizo la siguiente declaración origen de fondos a Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto y susceptible de verificación:

1. Declaro que dichos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales fines o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Los recursos depositados como aportes voluntarios provienen de: Patrimonio Ingresos \*Si son ingresos diligencio el punto 4
4. Me permito manifestar que el aporte que hago el día de hoy, por la suma establecida, proviene de ingresos que ya fueron objeto de retención en la fuente. Si (aportar la prueba que fue objeto de retención) No (indicar cuál es la retención contingente)
5. Me permito manifestar que todos los aportes que efectúe al Fondo Voluntario de Pensiones mediante el mecanismo de débito automático de la cuenta registrada para tal fin son provenientes de mi patrimonio y no de ingresos, por lo tanto no serán utilizados como beneficio tributario en el respectivo periodo fiscal.

### Firma del Afiliado

- Declaro que: 1. La información aquí consignada corresponde a la realidad.  
 2. He recibido el reglamento y la tarjeta de afiliación al Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS y hago constar que conozco los derechos y obligaciones derivados de mi vinculación al mismo y lo acepto integralmente.  
 3. Autorizo irrevocablemente al Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS y a la Aseguradora de Vida COLSEGUROS S.A. para consultar y/o reportar a las centrales de riesgo mi información comercial disponible.  
 4. Autorizo al Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS y a la Aseguradora COLSEGUROS S.A. a realizar débitos de la cuenta registrada en este formulario en el campo «Débito Automático» por el valor y la periodicidad consignados en este medio de recaudo.  
 5. Acepto que el Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS y la Aseguradora COLSEGUROS S.A. no adquieren ninguna responsabilidad por las decisiones que tomo como consecuencia de la asesoría de inversiones, fiscal o tributaria que hayan realizado.  
 6. Declaro que las sumas que recibo por parte de Aseguradora COLSEGUROS S.A. y que traslado al Fondo Voluntario de Pensiones de COLSEGUROS, compensan en su totalidad el valor de rescate y participación de utilidades que tengo derecho a mi póliza de vida Hoy y Mañana No. Por lo tanto declaro a la Aseguradora COLSEGUROS S.A. a paz y salvo por todo concepto derivado de la citada póliza cuando el negocio es una oferta nueva de H/M.

NOV 24 '04 PM 3:16

NOV 24 '04 PM 3:16

NOV 24 '04 PM 3:16

Para uso exclusivo de COLSEGUROS S.A. Tipo de Negocio: FP Intermediario Competido Sucursal que recibe la producción

Asesor(es)  
 Firma del asesor (s) Participación No. del Team Manager  
 Nombre Walter Felipe Ospina Nombre [Firma]  
 CC 71786391 CC [Firma]  
 Cve 93244 Cve [Firma]

Certifico que la identidad y los datos del solicitante fueron diligenciados y verificados en mi presencia con el cliente en Bogotá: 5941130, resto del país al 01 8000 514400 o en www.planidcol.com

- COLSEGUROS -

### Reglamento Débito Automático

Como titular de la cuenta señalada (cliente), autorizo incondicionalmente y por un término indefinido, por medio de este documento, la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a la Empresa Recaudadora... (2) a la Empresa Recaudadora a conservar el presente documento en su sede, (3) a la Empresa Recaudadora a enviar la información aquí mencionada de manera electrónica; que ante cualquier error de la Empresa Recaudadora en la conversión electrónica de la Autorización de Recaudo, efectúe las correcciones de manera única y exclusivamente a la Empresa Recaudadora; (4) a la Entidad Financiera a debitar la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre la Empresa Recaudadora y el Cliente, tan sólo en aquellos casos en los que la Empresa Recaudadora tenga inconveniente de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente; (5) extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice la Entidad Financiera.

Como titular de la cuenta señalada me obligo a: (1) mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones, (2) proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a emitir las consecuencias que derivan de no declarar la condición de manejo de las firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a la Empresa Recaudadora y a la Entidad Financiera de toda responsabilidad.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto lo siguiente: (1) que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; (2) que la Entidad Financiera donde tengo la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; (3) que si deseo autorizar a otra Entidad Financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudo; (4) que la presente Autorización de Recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, con una anticipación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desea hacer efectiva la cancelación; (5) que debo dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo radicada la cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (6) que puedo dar una orden de no pago a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, para una transacción débito específica con una anticipación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito; (7) que presentar órdenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de la Empresa Recaudadora o por parte de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta.

Al dar la presente autorización soy consciente que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida.

### Servicios Electrónicos

Autorización de envío de información de Correo Electrónico  
Por medio del presente documento autorizo al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* para que me envíe a través de las direcciones de correo electrónico consignadas en este formulario, cualquier información que por su naturaleza pueda ser enviada por este medio y que esté relacionada con los servicios que el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* presta, haciéndome responsable por el uso y manejo de mi correo y asumo cualquier perjuicio que la utilización del mismo cause al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\*, a cualquier tercero o a mí.

Solicitud de clave para acceder a los servicios  
Como cliente solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* la adjudicación de una clave de acceso para los servicios electrónicos ofrecidos en los términos y condiciones contenidos en el reglamento y acepto la responsabilidad por el uso y confidencialidad de la clave, la cual me es entregada por el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* y tiene el carácter de personal e intransferible. Solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* que me envíe la Clave por correo electrónico a la dirección consignada en el campo Email 1 de este formulario.

Notificación de Cambios y Novedades de Direcciones  
Como cliente me obligo a notificar al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* cualquiera de las siguientes situaciones relacionadas con mi clave y de la dirección de correo electrónico:  
1. Pérdida o robo de la clave. 2. Cambio de la clave. 3. Cambio de las direcciones de correo electrónico. 4. Alguna falta, error o hecho natural en la utilización de la clave o de las direcciones de correo electrónico. 5. Acceso de terceros a las direcciones de correo electrónico asignadas en este documento.

\*Como titular de este formulario del FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS acepto conocer que la seguridad de la información transmitida a través de internet, no es responsabilidad del Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS.

- Deseo recibir toda la información relacionada con los productos y ofertas de COLSEGUROS.
- Deseo recibir toda la información relacionada con los productos que hacen parte de "Plan de..."
- No deseo recibir ninguna clase de información relacionada con otros productos y ofertas de COLSEGUROS.

Nombre y Apellido

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

¿Toma los medicamentos y/o suplementos? No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ Desde cuándo? \_\_\_\_\_ Por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado o piensa hacerse una operación? No  Sí  Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido problemas de salud? No  Sí  Resultado: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido problemas con enfermedades cardiovasculares, cerebrales, cáncer, diabetes, hipertensión, dislipidemia, muerte súbita u otras enfermedades? No  Sí  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha variado su peso durante el último año? No  Sí  Ganado  Perdido  Cuánto (Kg) \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_

¿Fuma? No  Sí  Si su respuesta es sí, ¿cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_

Sufre o ha sufrido de:

A. Convulsiones, Trombosis, Parálisis u otras enfermedades del sistema nervioso No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

B. Ansiedad, Depresión u otro Trastorno Mental No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

C. Bronquitis, Neumonía, Asma, Enfisema Pulmonar, Dolor Torácico, Presión Arterial elevada, Arritmia Cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía o cualquier otra enfermedad y/o tratamiento Cardiopulmonar No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

D. Úlcera Gástrica, Úlcera Duodenal, Cirrosis hepática, Pancreatitis, Infección renal, Trastornos de la próstata u otra enfermedad Gastrointestinal o Urogenital No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

E. Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Hepatitis, SIDA - VIH o cualquier otra enfermedad de la sangre o Inmuno-infecciosa No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

F. Diabetes, Enfermedades de la Tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

G. Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Cálculo, Artritis, Reumatismo No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

H. Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

¿Presenta usted alguna deformidad o pérdida anatómica funcional de algún órgano o facultad? No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted víctima de un accidente de especial cuidado y objeto de alguna cirugía? No  Sí  (Cual?) \_\_\_\_\_ (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

¿Su capacidad de trabajo está reducida? No  Sí  (Por qué?) \_\_\_\_\_

Sólo para mujeres: ¿Está usted embarazada? No  Sí  (De cuántos meses?) \_\_\_\_\_ ¿Ha presentado complicaciones? No  Sí  (Cuales?) \_\_\_\_\_

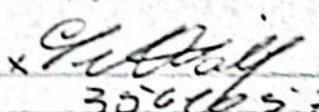
Sufre o ha sufrido de enfermedades de los senos, ovarios, útero? No  Sí  (Desde cuándo?) \_\_\_\_\_ (Cual?) \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Si por algún motivo el seguro de vida no me es otorgado a través del plan ideal Vida Inversión, autorizo a Colseguros a expedir un contrato que sólo contemple la opción de ahorro (Plan Ideal) SI  NO

De conformidad con lo estipulado por el artículo 1018 del Código del Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la ASESORADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., para tomar la decisión de otorgar o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier retención o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le vicaria de malicia relativa al contrato de seguro y la Compañía Aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se le reclama. En caso de haber omitido alguna o algunas de las respuestas a las preguntas que se me han formulado, se entenderá que éstas son negativas.

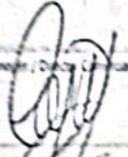
DECLARO QUE TANTO MIS ACTIVIDADES COMO PROFESIONAL U OFICIO SON LICITOS Y LOS EJUZCO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES. El tomador se obliga a actualizar por cualquier medio escrito y por lo menos una vez al año, la información relacionada con sus datos personales, así como la del asegurado y el beneficiario. Cuando el asegurado y beneficiario sean personas diferentes al tomador, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Fecha de verificación: 09/09/2024 El tomador y asegurado autorizan a la compañía para que informe, una y/o consulte en las centrales de riesgo, el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible. Autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información que la Aseguradora solicite en relación con mi estado de salud, así después de mi fallecimiento.

Firma tomador / asegurado  
  
 3061657  
 Nombre tomador / asegurado  
 CC

Para Uso Exclusivo de Colseguros S.A.

Tipo de Negocio: FP Junior Intermediario FP Senior Corredor FP Máster Franquicia Modalidad Negocio: Total Abrir puertas Tipo de Negocio: Individual Con patrocinio Staff Corporativo: Si No Sucursal que recibe la producción

Asesor(es)  
 Firma del asesor 1 / (PI)  Nombre: Juan Felipe Ospina, CC: 71786341, Cve: 93274  
 Firma del asesor 2 / (PI) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ Cve \_\_\_\_\_  
 W.B. Team Manager / Director Comercial  Nombre \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ Cve: B060

Adjuntar la forma VID-167U2, Informe el asesor sobre solicitante, seguro de vida.

# Solicitud Individual

## Seguro de Pensiones de Supervivencia e Invalidez

### ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A. NIT. 860.027.404-1

Ide

CC 635EA548690B...

**Asegurado**  
 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ C.C. NIT. Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Fecha de Expedición: \_\_\_\_\_ Ciudad de Expedición: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Estatura: \_\_\_\_\_ Crrs. Peso: \_\_\_\_\_ Kgs. \_\_\_\_\_  
 Ciudad radicación: \_\_\_\_\_

**Amparos**  
 Valor asegurado: \_\_\_\_\_ Fijo  Variable   
 Vida  Invalidez total y permanente  Doble indemnización por muerte o desmembración accidental (hasta el límite del contrato del reaseguro)  Enfermedades graves   
**Pagos**  
 Débito a la cuenta del Plan Ideal  Cuenta No   
 Autorizo a descontar mensualmente de mi cuenta individual el importe de la prima, que deberá ser destinada al pago de mi Seguro de Pensiones, valor que podrá variar de acuerdo con el cálculo mensual que se realice de mi valor asegurado y de la prima respectiva.

**Beneficiarios**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Tipo de documento	No. Documento de Identidad	Lugar de expedición	%	Cód.	Parentesco
AGUDELO	RENCON	NOHELIA	CC	21962561	Rionegro	50	01	1. Cónyuge
VALLEJO	AGUDELO	DORA ELSI	CC	39441579	Rionegro	10	02	2. Hijo
VALLEJO	AGUDELO	RODRIGO MONTE AERY	CC	39442139	Rionegro	10	02	3. Hermanos
VALLEJO	AGUDELO	NODIRE ANTONIO	CC	15435001	Rionegro	10	02	4. Padres
VALLEJO	AGUDELO	JOHN FREDY	CC	15440806	Rionegro	10	02	5. Otros
VALLEJO AG.	ALEXANDER	el parentesco es otro, especificar:		CC	15442444	Rionegro	10	02

¿Practica la aviación como profesión? No  Sí  (En caso afirmativo diligenciar cuestionario de aviación)  
 ¿Piensa cambiar pronto de ocupación? No  Sí  ¿A cuál? \_\_\_\_\_  
**Deportes que practica**  
 El sitio habitual de trabajo es (marque con una X) Oficina  Almacén  Casa  Ambulante  Aficionado  Profesional   
 Bar/taberna  Finca  Lugar   
 Otros, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
 Indique el vehículo que conduce dentro de sus actividades normales: Bus o buseta  Camión-Toneladas( )  Motocicleta-Cilindraje( )   
 Taxi  Automóvil particular  Ninguno  Otros, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún seguro de vida o accidentes vigente? No  Sí  Nombre de Compañía \_\_\_\_\_  
 Valor asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de expedición \_\_\_\_\_  
 ¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? No  Sí  Nombre de Compañía \_\_\_\_\_  
 Valor asegurado \_\_\_\_\_  
 ¿Ha rehusado alguna compañía expedir o rehabilitar su seguro de vida? No  Sí  ¿Por qué? (Motivo) \_\_\_\_\_  
 Nombre compañía \_\_\_\_\_  
 ¿Lo han aceptado con recargo de prima? No  Sí  ¿Qué recargo? (Motivo) \_\_\_\_\_ ¿Qué compañía? \_\_\_\_\_  
 ¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? No  Sí  Si su respuesta es afirmativa, por favor aclare \_\_\_\_\_

¿Existen demandas o juicios promovidos en su contra? No  Sí  En caso afirmativo, por favor indicar la naturaleza de la demanda, juzgado y causa \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted servicios de escoltas o guardaespaldas? No  Sí  En caso afirmativo, por favor aclare los motivos \_\_\_\_\_  
 ¿Ha realizado reclamaciones o indemnizaciones en los últimos 10 años? No  Sí  Compañía \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ Amparo \_\_\_\_\_  
 ¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? No  Sí  En caso afirmativo, por favor aclare \_\_\_\_\_

**Declaración sobre el estado de salud** (Las preguntas de esta sección deben ser diligenciadas claramente por el solicitante)  
 Nombre de su médico personal o último consultado: \_\_\_\_\_  
 Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fecha de su última consulta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ ¿A qué tratamiento fue sometido? \_\_\_\_\_  
 Nombre de su empresa promotora de salud (EPS) y/o medicina prepagada: \_\_\_\_\_  
 ¿Se encuentra en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajar? Sí  No  Si su respuesta es no, especifique \_\_\_\_\_  
 Nombre ARP: \_\_\_\_\_

	Edad si vive	Edad al morir	Causa de la muerte		Edad si vive	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre				Hermano (a)			
Madre				Hermano (a)			
Esposo (a)				Hijo (a)			
Hermano (a)				Hijo (a)			
				Hijo (a)			

13/9/24, 11:35 am

AC(03)

10404549



MIN	1	5	MAX
			♂

200830 COLSEGUROS  
 Allianz Group  
 208-21720

Número de contrato

7029100

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2004 NOV 25 PM 3:10

2004 DEC 6 AM 9:32

2004 DEC 20 PM 3:04

2004 NOV 25 PM 3:02

Plan **Ideal** Formulario Único

NOV 24 '04 PM 3:16

NOV 24 '04 PM 3:16

SPUFO-DICZI  
 Exp. e Montoya

Plan Ideal Pensiones Voluntarias  
 Plan Ideal Vida Inversión  
 Plan Ideal Nueva Oferta HMI  
 Plan Ideal Vida Inversión Pago Único  
 Otros

# Plan Ideal

Administrado por Aseguradora de Vida COLSEGUROS S.A. Nit. 860.027.404-1

Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS Nit. 830.101.782-6

Solicitud Afiliación  Modificación Individual

61C635EA548690B...  
 laa

## Datos de la Afiliación del plan de Ahorro

Fecha de Afiliación 24/11/2004 Número de Tarjeta Afiliación 410007029100-1 Valor \$ 4041708

## Afiliado

Apellidos y Nombres VALLEJO GIRALDO FRANCISCO GILBERTO.  
 Doc. Identidad CC  Nit.  Otro  No 3.561.057 Fecha de Expedición 19081965 Ciudad de Expedición RIONEGRO.  
 Fecha de Nacimiento 04051944 Ciudad MEDELLIN Sexo M  F  País COLOMBIA Profesión INDEPENDIENTE.  
 Actividad económica ELECTRICISTA Estado civil Soltero  Casado  Otro  Dirección de envío de correspondencia Personal  Comercial  A.A.  
 Número de Hijos 05 Edades Empresa donde trabaja JUBILADO-INDEPENDIENTE. Cargo Independiente.

Ocupación Detallada (actual)  
 Domicilio Personal Dirección ELL 52457B-22 Quebrada arriba. AA  
 Ciudad RIONEGRO Departamento ANTIOQUIA Teléfono (1) 5312242 Teléfono (2) 5313534  
 Fax Celular 3007736628 E-mail

Domicilio Comercial Dirección ELL 52457B-22 Quebrada Arriba. AA  
 Ciudad RIONEGRO Departamento ANTIOQUIA Teléfono (1) 5312242 Ext.  
 Teléfono (2) 5313534 Ext. Fax E-mail

## ¿Que clase de inversionista es usted?

Escriba un número de 1 al 5, siendo 1 En desacuerdo y 5 De acuerdo para determinar su perfil de riesgo según el puntaje obtenido.

1. Prefiero obtener para mis ahorros, un alto rendimiento financiero en el largo plazo que permita que mi cuenta crezca más rápido que la inflación y que cualquier otra alternativa de inversión en renta fija (CDT's, Bonos). 1
2. El rendimiento de mi cuenta en el largo plazo me importa más que las variaciones y el valor de mi cuenta en el corto plazo. 1
3. Prefiero rendimientos significativamente mayores en el largo plazo que rendimientos estables en el corto plazo. 1
4. Estoy dispuesto a tolerar fluctuaciones significativas y eventualmente negativas en el valor de mi cuenta en el corto plazo, a cambio de obtener mayores ingresos y rentabilidad en el largo plazo. 1
5. Estoy dispuesto a arriesgar ganancias en el corto plazo por una potencial ganancia mayor en el futuro. 1

Puntaje total 05

Según el puntaje obtenido su perfil de riesgo es: Conservador 1 a 10 Moderado 11 a 20 Dinámico 21 a 25

## Portafolio Seleccionado

Plan CONSERVADOR  
 Corto Plazo   
 Mediano Plazo  
 Largo Plazo

Inversión  
 Plan MODERADO  
 Corto Plazo  
 Mediano Plazo  
 Largo Plazo  
 Balanced

Plan DINÁMICO  
 Corto Plazo  
 Mediano Plazo  
 Largo Plazo  
 Euros

Modalidad de Pensión Capital único  Renta vitalicia Retiro programado (% anual de crecimiento)

Fecha Esperada de Pensión Valor esperado de pensión \$

Periodicidad aportes Quincenal Mensual Semestral Otro

Tipo de Recaudo Débito Automático Descuento Nómina Pago en bancos Otros

Si requiere información adicional comuníquese con nuestra línea de atención al cliente



Solicitud de Retiro de Aportes
Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS NIT. 830.101.703-6
Aseguradora de Vida COLSEGUROS S.A. NIT. 860.827.404-1
Cédulas Colón de Capitalización COLSEGUROS S.A. NIT. 860.009.190-3
Cancelación Total [ ] Retiro Parcial [X]

COLSEGUROS

2080 15255

Identificación del Afiliado

Número de Tarjeta / Contrato 410007029105

Form fields for identification: Ciudad (Medellin), Apellidos y Nombres (Francisco Gilberto Valdes Giraldo), Doc. Identidad (CC), No. (3.561.097), Ciudad Exp. (Rionegro), Teléfono de Contacto (5312242), Particular (Comercial), Dirección (Calle 52 No 57 B-822 Rionegro), Celular (3137803149)

La información suministrada en este formulario será utilizada para actualizar sus datos básicos en el sistema.

Información de Retiro

Form fields for retirement info: Valor Solicitado (4.000.000), Valor en Letras (Cuatro millones de peso), Banco (Bancolombia), No. (1009002456922)

Motivo del Retiro

Form fields for reason of withdrawal: Necesidad de liquidez [X], Asesoría/Servicio deficiente [ ], Baja Rentabilidad [ ], Mejor oferta en el mercado [ ], Otro [ ]

Cambio de Producto/Contrato

Form fields for product/contract change: Autorizo a: Fondo Voluntario de Pensiones, Cédulas Colón de Capitalización Colseguros S.A., A realizar un: Retiro Parcial, Retiro Total, Por valor de: 2009 MAR 9 11:25

Observaciones

Empty box for observations

1. Si el presente formato está mal diligenciado o se presta para interpretaciones ambiguas, el Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS o Cédulas Colón de Capitalización COLSEGUROS se reservan el derecho de tramitar esta solicitud. 2. Favor entregar esta solicitud en una oficina de Colseguros o enviarla vía fax al número 561 65 03 en Bogotá.

Autorización de Pagos

Form fields for payment authorization: Autorizo pago a un tercero de nombre, Transferencia electrónica a nombre del tercero, Giro cheque a nombre del tercero, Anexo la forma ASG013 diligenciada, Firma del participante o afiliado (with signature and stamp)

Form fields for recipient: Nombre funcionario que recibe, Firma, Nombre

Para uso COLSEGUROS
Fecha de trámite en el Sistema

Form fields for processing: Nombre funcionario que tramita, Firma, Nombre

Una compañía de Allianz

Colseguros Cliente

ACTIVA 2 2009

PCB01004-02/12/2013 - 00124

Anexo formato de Retiro Parcial \_\_\_ Total \_\_\_  
Plan Ideal Vida Inversión No.

Señores  
ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.  
Ciudad

2009 MAR 9 AM 11:25

Apreciados señores

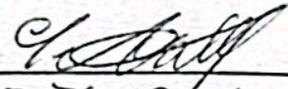
1. Por medio del presente documento, declaro tener conocimiento del anexo del Reglamento del Plan Ideal Vida Inversión para clientes de Hoy y Mañana, que me ha sido entregado y que dispone lo siguiente:

**"La opción de producto Plan Ideal Vida Inversión que usted ha aceptado escoger como sustitución al Seguro de Vida Hoy y Mañana, le permitirá bajo los supuestos proyectados para su respectiva póliza y que han sido ilustrados por su asesor, continuar con su opción de protección hasta los 80 años de igual manera que en el Seguro de Vida Hoy y Mañana que usted tenía contratado, siempre y cuando usted no realice retiro alguno de su cuenta de ahorro Individual hasta el cumplimiento de la edad antes mencionada".**

De acuerdo con lo anterior, declaro expresamente que entiendo y acepto que al hacer el retiro parcial del contrato de la referencia, la cobertura de la Póliza de Vida de Plan Ideal Vida Inversión, ya no será garantizada por Aseguradora de Vida Colseguros S.A. hasta la edad de 80 años, teniendo en cuenta que el valor de fondo que permitiría dicha protección futura será disminuido por el retiro que he efectuado, y por ende los rendimientos proyectados no podrán corresponder a lo presentado en la oferta inicial de la póliza, de tal forma que la cobertura existirá solamente hasta el momento en que el saldo del Plan se agote, y no sea posible descontar las primas correspondientes.

Así mismo estoy informado respecto a la cancelación de la póliza de Plan Ideal Vida Inversión al efectuar el retiro total de mi contrato de Plan Ideal.

Nombre:  
C.C.  
Fecha:

Firma:   
\*3564054  
06-03-2009.

13/9/24, 11:35 a.m. Ciudad  Fecha de Solicitud  N° de Afiliación

**1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO**

Primer apellido  Segundo apellido  Nombres completos   
 Tipo de Documento  CC  TI  CE  P.P.  R.C.  Número de Identificación  Fecha de Expedición  Lugar de Expedición   
 ¿Es Pensionado?  SI  NO  Teléfono de Contacto  Dirección de Contacto  Correo Electrónico

**2. MOTIVO Y TIPO DE RETIRO**

Motivo  
 Necesidad de Liquidez  Asesoría Deficiente  Mejor Oferta del Mercado  Compra de Vivienda\*  Otro  ¿Cuál?   
 \*Tenga en cuenta los requisitos para acceder a los beneficios tributarios  
 Tipo de Retiro  
 Retiro Parcial  Retiro Total  Cancelación Total de la Cuenta  Cancelación de Alternativa  ¿Cuál Alternativa?   
 Retiro Programado\*  Periodicidad: Mensual  Quincenal  Fecha Inicio  Fecha Finalización   
 \*En caso de no contar con los recursos en el portafolio seleccionado, ¿Autoriza a realizar el retiro de otro portafolio que tenga recursos disponibles? SI  ¿Cuál?  NO

**3. INFORMACIÓN DEL RETIRO**

Valor Solicitado \$  Valor en Letras:

**4. FORMA DE PAGO**

Pago al Titular  
 Abono a Cuenta Registrada  Efectivo\*  \*Cualquier sucursal Bancolombia del país (Monto máximo: \$ 10.000.000)  
 Abono a Cuenta Diferente  Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente  Número de Cuenta  Banco:   
 Cheque  Persona autorizada para reclamar el cheque: Titular  Otro\*  \*Nombre Completo:  Tipo y Número de Documento:   
 Traslado Entre Cuentas  
 Número de Contrato  Nombre Completo del Titular:   
 Pago a Tercero  
 Nombres y Apellidos Completos o Razón Social

Tipo de Documento  CC  T.J.  CE  P.P.  N.I.T.  Número de Documento  Fecha de Expedición  Lugar de Expedición  Fecha de Nacimiento o Creación   
 Dirección  Departamento  Ciudad  Teléfono  Código CIU   
 Abono a Cuenta Bancaria  Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente  Número de Cuenta  Banco:   
 Cheque  Persona autorizada para reclamar el cheque: Titular  Otro\*  \*Nombre Completo:  Tipo y Número de Documento:   
 Efectivo\*  \*Cualquier sucursal Bancolombia del país (Monto máximo: \$ 10.000.000)

**5. DETALLES DEL RETIRO**

Objetivo de Ahorro  
 1. Ahorro  2. Pensión  3. Vivienda  4. Educación  5. Inversión  Otro  ¿Cuál?   
 Portafolio de Inversión

N° de Objetivo	Alta Liquidez	Diversificado	Renta Fija Mediano Plazo	Vista Conservador	Otro	Otro	Total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6. ORDEN DE AFECTACIÓN DE LOS APORTES**

Orden Con Selección de Aportes  
 Por favor indique el orden en el que desea sean afectados los aportes para el cumplimiento del retiro solicitado

**a. Por Antigüedad**

Del más reciente al más antiguo

Del más antiguo al más reciente

**b. Por condición de los aportes**

Aportes exentos de retención\*

Con retención contingente

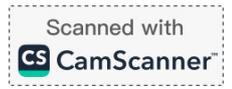
Objetivo o aporte específico\*\*

Sin retención contingente

Con y sin retención contingente

Orden Sin Selección de Aportes

- Aportes con beneficio tributario.
- Aportes sin retención contingente
- Aportes con retención contingente del más reciente al más antiguo con o sin penalidad.



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: kFjdbcotlbdxXYw

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

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

**NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA**

Nombre: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A  
SUCURSAL MEDELLIN  
Matrícula No.: 21-514329-02  
Fecha de Matrícula: 14 de Julio de 2011  
Último año renovado: 2024  
Fecha de Renovación: 13 de Marzo de 2024  
Activos vinculados: \$530,207,449

**UBICACIÓN**

Dirección comercial: Carrera 43 A No. 1 50 LOCAL 364  
Municipio: MEDELLÍN, ANTIOQUIA, COLOMBIA  
Correo electrónico: [notificacionesjudiciales@allianz.co](mailto:notificacionesjudiciales@allianz.co)  
Teléfono comercial 1: 6045904862  
Teléfono comercial 2: 6015188801  
Teléfono comercial 3: No reportó

Dirección para notificación judicial: Carrera 43 A No. 1 50 Local 364  
Municipio: MEDELLÍN, ANTIOQUIA, COLOMBIA  
Correo electrónico de notificación: [notificacionesjudiciales@allianz.co](mailto:notificacionesjudiciales@allianz.co)  
Teléfono para notificación 1: No reportó  
Teléfono para notificación 2: No reportó  
Teléfono para notificación 3: No reportó

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal código CIIU: 6511

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-:

Compañía de seguros

**PROPIETARIO(S)**

Nombre: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.  
Identificación: N 860027404-1

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL**

Fecha de expedición: 13/09/2024 - 11:36:23 AM

Recibo No.: 0027103951

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: kFjdbcotlbddxXYw

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

Domicilio: BOGOTÁ D.C., CUNDINAMARCA, COLOMBIA  
Matrícula No.: No reportó  
Dirección: No reportó  
Teléfono: No reportó

ACTO: APERTURA DE SUCURSAL

DATOS DEL DOCUMENTO: EXTRACTO DE ACTA No.642, DEL 29 DE ABRIL DE 2011

PROCEDENCIA: JUNTA DIRECTIVA

MATRÍCULA: 514329-2 ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., SUC MEDELLIN, POBLADO

DATOS DE INSCRIPCIÓN: PARCIALMENTE EN JULIO 14 DE 2011, LIBRO 6o., BAJO EL No. 6560

**NOMBRAMIENTOS**

Por Extracto de Acta No.692 del 25 de marzo de 2015, de la Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 9 de julio de 2015, con el No.5965 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE SUCURSAL (514329-2)	HERNAN ALBERTO VERGARA	C.C. 71.787.116

Por Extracto de Acta No. 810 del 4 de abril de 2024, de la Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 6 de septiembre de 2024, con el No. 2848 del Libro VI, se designó a:

SUBGERENTE SUCURSAL MEDELLÍN	LUCAS TIRADO BRAVO	C.C. 71.264.537
SUBGERENTE SUCURSAL MEDELLÍN	SANDRA MILENA GOMEZ JIMENEZ	C.C. 43.108.606
SUBGERENTE SUCURSAL MEDELLÍN	CRISTINA GARCIA POSADA	C.C. 1.037.581.019

Acto: PODER\_OTORGAMIENTO  
Documento: ESCRITURA PÚBLICA Nro.: 3024 Fecha: 2014/12/04  
Procedencia: REPRESENTANTE LEGAL  
Nombre Apoderado: GERENTE Y SUBGERENTE SUCURSAL ALLIANZ SEGUROS DE

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: kFjdbcotlbddxXYw

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

Identificación: VIDA S.A. - SUCURSAL MEDELLÍN LA FRONTERA (514329-2)  
860027404-1  
Clase de Poder: GENERAL  
Inscripción: 2015/08/05 Libro: 5 Nro.: 305

Facultades del Apoderado:

1. Ejecutar y hacer ejecutar las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y las decisiones de la administración de cada una de las sociedades.
2. Celebrar todos los contratos referentes al negocio de seguros y de ahorro, que sean propios del giro ordinario de los negocios de las sociedades, cualquiera que sea su cuantía.
3. Participar en licitaciones públicas o privadas referentes al negocio de seguros y de ahorro, presentando ofertas, directamente o por intermedio de apoderado, y suscribiendo los contratos- que de ellas se deriven cualquiera sea su cuantía.
4. Firmar las pólizas de seguros de los ramos autorizados a cada una de las Sociedades, incluyendo pero sin limitarse a pólizas de seguros de cumplimiento, pólizas de seguros de vida, pólizas de seguros de salud, pólizas de seguros de automóviles, pólizas de seguros de responsabilidad.
5. Firmar las pólizas de disposiciones legales que otorgue ALLIANZ SEGUROS S.A. en el ramo de cumplimiento, cuyo asegurado sea la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN.
6. Recaudar primas de seguros y recaudar cuotas correspondientes a los créditos que otorguen las Sociedades.
7. Firmar objeciones a las reclamaciones que le sean presentadas a las Sociedades siguiendo para el efecto las políticas internas de éstas.
8. Cuidar que todos los valores pertenecientes a la sociedad y los que ésta tenga en custodia, se mantengan con las medidas de seguridad necesarias.
9. Representar a las sociedades en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, inspecciones del trabajo, juzgados, fiscalías de todo nivel, tribunales

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: kFjdbcotlbddxXYw

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

superiores, contencioso administrativos y de arbitramento.

10. Representar a las sociedades ante las autoridades administrativas del orden departamental y municipal, y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público departamental o municipal.

11. Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN o de la entidad que haga sus veces, e intentar en nombre y representación de las Sociedades, los recursos ordinarios de reposición, apelación y reconsideración, así como los extraordinarios conforme a la ley.

12. Firmar, física, electrónicamente o por cualquier medio que establezca la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -Dian o las Administraciones de Aduanas e impuestos territoriales, las declaraciones de cualquier tipo de impuestos u obligaciones tributarias que estén a cargo de las Sociedades.

13. Representar a las Sociedades en las reuniones ordinarias y extraordinarias de las Asambleas Generales de Accionistas o Juntas de Socios de las sociedades en las cuales las Sociedades sean accionistas o socias, y otorgar los poderes de representación para tales reuniones, cuando sea el caso.

14. Notificarse de toda clase de providencias judiciales y administrativas.

15. Firmar traspasos de vehículos que se efectúen a nombre de las Sociedades y adelantar ante las entidades competentes todas las gestiones pertinentes al trámite de los mismos siguiendo para el efecto las políticas internas de las Sociedades.

16. Cumplir las demás funciones que le señalen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva de cada una de las Sociedades.

#### **RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

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



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: kFjdbcotlbdxXYw

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

hábiles.

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

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

#### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

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

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual, puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a [www.certificadoscamara.com](http://www.certificadoscamara.com) y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL**

Fecha de expedición: 13/09/2024 - 11:36:23 AM

Recibo No.: 0027103951

Valor: \$00



**CAMARA DE COMERCIO**  
DE MEDELLIN PARA ANTIOQUIA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: kFjdbcotlbddxXYw

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

SANDRA MILENA MONTES PALACIO  
Vicepresidente de Registros