ACTA DE RECIBO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

MPA-01-F-23, versión 5, 04/03/2025

ACTA PARCIAL N°: [ ] ACTA FINAL [X]

CONTRATO No y FECHA	554 de fecha de 30 de julio de 2025
TIPO DE CONTRATO	Seguros
LUGAR Y FECHA DEL ACTA	San José de Cúcuta, 02 de octubre de 2025
No (s) REGISTRO PRESUPUESTAL Y FECHA	969 del 30 de Julio de 2025
OBJETO DEL CONTRATO	Seleccionar la compañía o compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en el país, con la (las) que se contrate (contraten) seguro de vida grupo y el programa de seguros requerido para la adecuada protección de los bienes e intereses patrimoniales bienes propios y de aquellos por los cuales es legalmente responsable la Corporación Autónoma Regional de la Frontera Nororiental CORPONOR
VALOR DEL CONTRATO	$234.297.600
FUENTE DE FINANCIACION	Código / Descripción / Valor 14 / EVALUACION / $ 15 / SOBRETASA AMBIENTAL / $234.297.600 17 / SEGUIMIENTOS / $ 18 / TASA POR USO DE AGUA / $ 23 / TASA RETRIBUTIVA / $ 24 / SECTOR ELECTRICO / $ OTRA / XXXXXXXXXXXXX / $
DURACIÓN DEL CONTRATO	Trecientos sesenta y cinco (365) días
ASISTENTES	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS R/L LUIS DAVID ARCILA HOYOS Contratista HUGO ALFONSO RINCON RODRIGUEZ Supervisor
COBRO POR CONCEPTO DE O PERIODO A COBRAR	Factura N°. 255472 de fecha 24 de septiembre de 2025
VALOR A COBRAR	$234.297.600
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A LA FECHA	100%
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO	$234.297.600
ACTIVIDADES REALIZADAS O RESULTADOS OBTENIDOS	1. Póliza de Vida

ESTADO FINANCIERO

I. VALOR CONTRATO		$234.297.600,00
I.1 Adicionales		$0,00
		$0,00
I.1.2 VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$234.297.600,00
II.PAGOS REALIZADOS:		$0,00
Primer pago	$0,00	

III.	VALOR A COBRAR PRESENTE ACTA		$234.297.600,00
IV.	SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		0

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	
HUGO ALFONSO RINCON RODRIGUEZ SUPERVISOR del contrato N°. 554-2025 de fecha 05 de junio de 2025, hace constar, que el contratista MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS**.** con NIT 830.054.904-6 representada legalmente por **LUIS DAVID ARCILA HOYOS** con cédula de ciudadanía N°.71.779.447 cumplió a satisfacción con las obligaciones establecidas en el contrato correspondientes al presente pago, por lo anterior se autoriza cancelar la suma referenciada en este documento.	
No CUENTA Y ENTIDAD BANCARIA DEL CONTRATISTA	Transferencia a la Cuenta corriente **0065512017** del CITIBANK COLOMBIA S.A a nombre de **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**
FECHA: (espacio exclusivo para la Subid. Financiera)	

No siendo más el objeto de la presente acta, se firma por los que en ella intervinieron.

Firmado digitalmente por LUIS DAVID ARCILA HOYOS
Fecha: 2025.10.10 07:50:54 -05'00'

LUIS DAVID ARCILA HOYOS
REPRESENTANTE LEGAL
CONTRATISTA

HUGO ALFONSO RINCON RODRIGUEZ
SUPERVISOR
CORPONOR

MAPFRE COLOMBIA

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
COMPAÑIA ASEGURADORA

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

NIT: 830.054.904-6

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION 18764090939866
FECHA 25/03/2025
VIGENCIA 25/03/2028 AUTORIZA DEL 239835 HASTA 2500000 HABILITA
SEGUN RESOLUCION 5098 DEL 21/06/2013

RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS
ACTIVIDAD ECONOMICA 6512

RAZÓN SOCIAL: DE LA FRONTERA NORORIENTAL CORPORACION AUTONOMA R

ID: 890505253-4
DIRECCIÓN: CL 13 3 E 278 CAOBOS
CIUDAD: CUCUTA
TELÉFONO: 5828484

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° 255472

Ref. de Pago: 3012425900101

FECHA DE FACTURA	FECHA DE VENCIMIENTO
24 septiembre 2025	24 octubre 2025

FORMA DE PAGO	MEDIO DE PAGO
Crédito	Acuerdo Mutuo

ID	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IMPUESTO	VALOR TOTAL
1	861	VIDA GRUPO	1	234,297,600	IVA (0%) 0	234,297,600

VALOR EN LETRAS: DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L cop

SUB - TOTAL	**$ 234,297,600**
IMP. CONSUMO	**$ 0**
I.V.A %	**0**
TOTAL	**$ 234,297,600**

OBSERVACIONES:

Base de calculo de IVA : COP 234,297,600.00
Base de calculo exento de IVA: COP 0.00
Numero de poliza : 3012425900101

pse Pague su factura aquí

LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A LA LETRA DE CAMBIO SEGUN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO. SI SU PAGO ES CON CHEQUE FAVOR GIRARLO A NOMBRE DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A EN CASO DE PAGO CON CHEQUE, SE CONSIDERA QUE EL PAGO SE HA PRODUCIDO CUANDO EL CHEQUE HA SIDO PAGADO. VENCIDO EL PLAZO SE COBRARA INTERES MENSUAL POR MORA AL MAXIMO LEGAL.

CUFE 522a414dd19677144f5108bb96d3ff942e8003d203dbf1beeefbdf815d48d3958c63f03674584a6cc4ff33344d603d5f

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023. Fecha y Hora de Generación: 2025-09-24 15:29:50

Software propio: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S ANit:830.054.904-6-6

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

INICIACION
ORIGINAL

VIDA GRUPO
CARATULA POLIZA GRUPO
CORPORACION AUTONOMA REGIONAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01022023-1430-P-34-000VTE56819FEB23-D00I PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA GRUPO	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
861 86101	3012425900101	82014	0	CUCUTA	CALLE 16 No. 1E-68 Barrio Caobos.	CUCUTA

TOMADOR	DE LA FRONTERA NORORIENTAL CORPORACION AUTONOMA R	**CIUDAD**	CUCUTA	**NIT / C.C.**	8905052534
DIRECCION	CL 13 3 E 278 CAOBOS	**TELEFONO**	5828484	**CORREO ELECTRONICO**	8905052534@GMAIL.COM
TIPO DE CONTRATO	SEGURO DE VIDA GRUPO				

INFORMACIÓN DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
23	09	2025	INICIACION	00:00	01	08	2025	365	INICIACION	00:00	01	08	2025	365
			TERMINACION	00:00	01	08	2026		TERMINACION	00:00	01	08	2026	

CONDICIONES PARTICULARES

A. SE ANEXAN CONDICIONES PARTICULARES

OTRAS CONDICIONES APLICABLES

* SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES

* LA SOLICITUD DE INGRESO A LA POLIZA MATRIZ DILIGENCIADA Y FIRMADA POR EL TOMADOR, LAS SOLICITUDES SUSCRITAS POR LOS GRUPOS ASEGURADOS, ASI COMO CUALQUIER DOCUMENTO ANEXO HARAN PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA.

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

* LAS COBERTURAS ASI COMO LAS SUMAS ASEGURADAS SERAN REGISTRADAS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA RIESGO.

* LA COMPAÑÍA NO ESTÁ EN LA OBLIGACION DE PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA CUANDO EL ASEGURADO NO HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS MÉDICOS DE ASEGURABILIDAD EXIGIDOS POR LA COMPAÑÍA POF SUPERAR LOS LÍMITES DE EDAD O SUMA ASEGURADA, O CUANDO DECLARE TENER ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DE LA PÓLIZA, AUN CUANDO EL TOMADOR HAYA PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

* CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO PARA ALGUNO O ALGUNOS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS, SE ENTENDERÁ QUE A PARTIR DE ESE MOMENTO NO SE ENCUENTRA ASEGURADO PARA DICHO AMPARO, MANTENIÉNDOSE LA POLIZA VIGENTE PARA LOS DEMÁS EN LOS CUALES EL ASEGURADO CUMPLA LAS CONDICIONES PARA HACER PARTE DEI GRUPO ASEGURADO.

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
RYS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	13062		100,00

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

VALORES EN DOLARES EEUU		IMPUESTOS A LAS VENTAS	TOTAL PRIMA	TOTAL A PAGAR
PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN			
APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA AL RIESGO

WWW.MAPFRE.COM.CO.

ESTIMADO CLIENTE, PARA CONOCER LOS CONDICIONADOS DEL PRODUCTO CONTRATADO Y UNA AMPLIA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB WWW.MAPFRE.COM.CO.

ESTIMADO CLIENTE, PARA CONOCER LOS CONDICIONADOS DEL PRODUCTO CONTRATADO Y UNA AMPLIA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB PRODUCTOS Y SERVICIOS

EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA DETERMINAR EL MONTO DE LAS PRIMAS A PAGAR POR PARTE DEL TOMADOR, SERA LA FACTURA EMITIDA DIRECTAMENTE POR LA ASEGURADORA. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5097 DE JUNIO 21/13

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

TOMADOR

INICIACION
ORIGINAL

VIDA GRUPO
CARATULA POLIZA GRUPO
CORPORACION AUTONOMA REGIONAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01022023-1430-P-34-000VTE56819FEB23-D00I PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA GRUPO	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
861 86101	3012425900101	82014	0	CUCUTA	CALLE 16 No. 1E-68 Barrio Caobos.	CUCUTA

TOMADOR	DE LA FRONTERA NORORIENTAL CORPORACION AUTONOMA R	**CIUDAD**	CUCUTA	**NIT / C.C.**	8905052534
DIRECCION	CL 13 3 E 278 CAOBOS	**TELEFONO**	5828484	**CORREO ELECTRONICO**	8905052534@GMAIL.COM
TIPO DE CONTRATO	SEGURO DE VIDA GRUPO				

INFORMACIÓN DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
23	09	2025	**INICIACION**	00:00	01	08	2025	365	**INICIACION**	00:00	01	08	2025	365
			TERMINACION	00:00	01	08	2026		**TERMINACION**	00:00	01	08	2026	

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5097 DE JUNIO 21/13

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

TOMADOR

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO No. 3012425900105

CONDICIONES BÁSICAS OBLIGATORIAS CORPONOR

VIGENCIA DESDE 01 DE AGOSTO DE 2025 HASTA 01 DE AGOSTO DE 2026

Objeto del Seguro:

Amparar contra el riesgo de muerte (cualquier tipo de causa) a los ASEGURADOS, durante todo el periodo de vigencia de la póliza, las veinticuatro (24) horas del día, en cualquier sitio.

Limite asegurado Evento/Vigencia

Muerte por cualquier causa (Vida)	$ 220.000.000
Incapacidad total y permanente	$ 220.000.000
Amparo de Gastos medico por accidente	$ 32.000.000
Indemnización por muerte accidental	$ 220.000.000
Beneficios por desmembración	$ 220.000.000
Auxilio funerario	$ 22.000.000
Anticipo de Indemnización del amparo básico por Enfermedades Graves (60%)	$ 132.000.000

Funcionarios Amparados: Se amparan 179 personas

Cláusulas Básicas

Amparo automático de nuevas personas, con término de reporte de sesenta (60) días.

Extensión del periodo de cubrimiento: Los oferentes deben otorgar el cubrimiento dentro de la póliza los TREINTA (30) días calendarios, después del retiro del asegurado de la entidad, siempre y cuando la póliza este vigente.

Cobro de Prima Anual: El oferente debe contemplar bajo esta cláusula, que la póliza presentara declaraciones por parte del tomador de las inclusiones y retiro de personal.

Designación de Beneficiarios : El oferente debe contemplar bajo esta cláusula, que cada asegurado designara sus beneficiarios libremente en formularios individuales.

Así mismo, en el caso de que la aseguradora decida no otorgar renovación o prorroga del contrato de seguro, deberá dar aviso de ello al asegurado con no menos de sesenta (60) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza, en caso contrario se dará por entendido que la Compañía acepta la renovación o prorroga hasta el límite legal establecido en la Ley 80 de 1993, para la adición de los contratos y manteniendo las mismas condiciones ofertadas en este proceso.

Clausula de condición de compensación: La aseguradora no podrá a su arbitrio exigir deducir del valor del reclamo sumas de dinero el asegurado adeude por concepto laboral al (los) empleado(s) involucrado (s) en el acto ilícito que lo origino, a menos que exista fallo judicial debidamente ejecutoriado que a si lo determine.

Ampliación aviso de siniestro : Se extiende el término de aviso de la ocurrencia del siniestro, por parte del asegurado, dentro de los Ciento Cincuenta (150) días siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer

Modificaciones a favor del asegurado: Los oferentes deben aceptar que los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el tomador. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos deben ser firmados, en señal de aceptación, por un representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta póliza. No obstante si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones en las condiciones del seguro, legalmente aprobadas que representen un beneficio a favor del asegurado, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas.

Errores, omisiones e inexactitudes : El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En este caso se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

No solicitud de requisitos de Asegurabilidad

Enfermedades Graves : Cancer, leucemia, insuficiencia renal cronica, infarto al miocardio, cirugia arterio-coronaria, enfermedades cerebrovasculares, transplante de organos vitales (Hígado, Corazón, Medula Ósea, Páncreas, Pulmón, Intestino Delgado, Riñón), Reemplazo de válvula cardiaca, esclerosis múltiple.

Continuidad de amparo : La aseguradora acepta otorgar continuidad de cobertura, sin exigencia de requisitos de asegurabilidad, cuestionario o formulario de solicitud, límite de edad, ni cualquier otro tipo condicionamiento; para las personas que vienen aseguradas bajo la póliza contratada por la entidad y por lo tanto no aplicará preexistencias o cualquier otra clase de subordinación o requisito.

Extensión de cobertura para todos los amparos: Brinda protección al asegurado por cualquier hecho violento ajeno al ejercicio de las funciones, Sin cobro de prima adicional.

Brindar proteccion de Asistencia internacional ASSIST CARD: Cobertura hasta 120 días una sola vez por vigencia por asegurado. los asegurados incluidos en la presente póliza cuentan con el servicio de asistencia internacional hasta por 120 días de viaje en el exterior, para hacer efectiva la asistencia solo debera informar a la compañía de seguros con un plazo de 8 dias para la emision de la certificacion de cobertura individual.

Bono Canasta por Fallecimiento del Empleado.: En adición al valor del amparo básico de Vida, se pagaran tres SMMLV, pagaderos en su totalidad (pago acumulado) de manera simultánea con la indemnización por el amparo básico o sus anexos o por Doce (12) meses.

Bono de Retorno Por Experiencia Siniestral:

(B). Participaciónde Utilidades = la Aseguradora reconocera a la Entidad. Una devolución sobre la prima recuadada del periodo (Sin IVA), del valor calculado sobre el valor positivo que resulte de aplicar la siguiente formula:

" B = X (0,7 P - S) donde:
B = Bonificación de retorno por Experiencia Siniestral.
P = Primas Recuadadas del Periodo.
S = Siniestros que afecten la póliza del periodo (Valor Indemnizado siniestros + Valor a indemnizar siniestros Pendientes)
X = 21%
Los siniestros q los que se refiere la fórmula arriba indicada, serán registrados siempre que la fecha de su aviso a la aseguradora corresponda a la vigencia objeto del cálculo."

Deducibles: Sin deducible.

Participación de utilidades, sin la condición de renovación con la misma aseguradora, acorde con la fórmula de bonificación con un factor de X igual 0,2%.

CONDICIONES COMPLEMENTARIAS.

Gastos de Traslado por Ambulancia Aérea: servicio prestado por solicitud expresa del médico tratante o cuando se encuentre en alto riesgo la vida del asegurado y no se tenga acceso a ningún otro tipo de medio de transporte, y se cumplan las normativas vigentes para el uso de aeronaves.

Gastos médicos por Tratamiento de SIDA

Gastos de Traslado por Accidente

Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente. $100,000 DIARIOS DESDE EL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

Menor periodo de tiempo en reconocimiento de Renta por hospitalización. $100,000 DIARIOS DESDE EL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

Máximo de días por evento en Renta por Hospitalización $100,000 DIARIOS DESDE EL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

Las presentes condiciones particulares son en aplicación a la póliza de Vida Grupo No. **3012425900105**



JOSE FREDY ATEHORTUA MARTIN
Coordinador de Licitaciones de Mapfre Seguros.

MAPFRE

seguro de

Vida Colectivo

Condicionado Póliza de Seguro



MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
Carrera 14 No. 96-34
PBX: 6503300
Bogotá, D.C.

MAPFRE Si24

Nacional: **018000 519 991**
Bogotá: **307 7024** Celular: **#624**

www.mapfre.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Vida Colectivo

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA.

SI EL ASEGURADO FALLECE POR CUALQUIER CAUSA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DE FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

2. AMPAROS ADICIONALES

El TOMADOR PODRÁ CONTRATAR, SI LO DESEA, TODOS O ALGUNO(S) DEL(OS) SIGUIENTE(S) AMPARO(S).

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SUFRE LESIONES QUE LE PROVOQUEN UNA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DEL AMPARO, LA INCAPACIDAD NO SEA PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y PERSISTA POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DEL PRIMER DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL ASEGURADO APORTARÁ A LA COMPAÑÍA SU HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE DEMUESTRE UNA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%), CERTIFICADA POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ – DECRETO 917 DEL 99.

EN CASO DE DESACUERDO CON EL DICTAMEN APORTADO POR EL ASEGURADO, TENDRÁ VALOR DEFINITIVO EL DICTAMEN EMITIDO POR LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA PARÁLISIS TOTAL Y PERMANENTE, LA PERDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS (A NIVEL DE LA MUÑECA), AMBOS PIES (A NIVEL DEL TOBILLO), DE UNA MANO Y UN PIE (A NIVEL DE LA MUÑECA Y EL TOBILLO), LA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISION POR AMBOS OJOS O LA ENAJENACIÓN MENTAL ABSOLUTA E IRRECUPERABLE.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

2.1.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1.1.1. LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

2.1.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO BUCEO,

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.

2.1.1.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS

2.1.1.4. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS

2.1.1.5. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.

2.1.1.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

2.1.1.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.

2.1.1.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

2.1.1.9. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

2.1.1.10. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.

2.1.1.11. ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

SI EL ASEGURADO FALLECE O SUFRE ALGUNA DE LAS LESIONES CORPORALES ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES PREVISTA EN EL NUMERAL 2.2.1, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN CORPORAL OCURRA DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA CUBRE EL DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, QUE DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

LA DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO: TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS, DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR, DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHICULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

2.2.1. TABLA DE INDEMNIZACIONES

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN O PÉRDIDA SUFRIDA:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA OPERADA	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5%

PARA EFECTOS DE ESTA CONDICIÓN, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN EN LA CLAUSULA TERCERA DEL PRESENTE CLAUSULADO.

EN CASO DE VARIAS PÉRDIDAS CAUSADAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA, SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

CUALQUIER PERDIDA O LIMITACION NO DESCRITA EN LA TABLA ANTERIOR NO SERA OBJETO DE COBERTURA

2.2.2. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO O LESIONES CORPORALES EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.2.2.1. SUICIDIO O SU TENTATIVA O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

2.2.2.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.

2.2.2.3. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.

2.2.2.4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS

2.2.2.5. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS

2.2.2.6. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA, DEFECTO O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.

2.2.2.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

2.2.2.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.

2.2.2.9. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

2.2.2.10. HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

2.2.2.11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

2.2.2.12. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.

2.1.1.13. ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.3. ENFERMEDADES GRAVES

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, Y POR PRIMERA VEZ, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INCIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN QUE PUEDE O NO SER TUMORAL, QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL MAL DE HODGKIN.

ACCIDENTES CEREBRO–VASCULARES: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO, QUE ACUSE LESIONES IRREVERSIBLES TALES COMO AFASIA QUE DA COMO RESULTADO HABLA O COMUNICACIÓN INEFICAZ O DISTURBIO PERSISTENTE O SIGNIFICATIVO DE LA FUNCION MOTORA DE ALGUNA EXTREMIDAD, DANDO POR RESULTADO UNA ALTERACION DE LOS MOVIMIENTOS, MARCHA O LA POSTURA DEL INDIVIDUO.

INSUFICIENCIA RENAL: DAÑO BILATERAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES, QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL O UN TRANSPLANTE DE RIÑÓN.

INFARTO DEL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADA POR UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE.

CIRUGÍA ARTERIO – CORONARIA: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO, QUE SE REALIZA PARA CORREGIR LA ESTENÓSIS U OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MÉDICO Y EN CONSECUENCIA ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE

INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN O DAÑO MOTOR DE ALGUNA DE LAS EXTREMIDADES.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: LA COMPAÑÍA CUBRE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD. MAPFRE COLOMBIA VIDA, AMPARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTRICTAMENTE INDISPENSABLE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS COMPLETOS: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HÍGADO O PÁNCREAS TOTAL (SE EXCLUYE EL TRANSPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS), QUE PROVENGA DE UN DONANTE VIVO O MUERTO.

GRAN QUEMADO: LA COMPAÑÍA OTORGA COBERTURA A PACIENTES CON QUEMADURAS MAYORES AL 20% DE EXTENSIÓN Y PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA, PIES, MANOS Y/O PERINÉ.

2.3.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.3.1.1. CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A DOLENCIAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.3.1.2. LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.

2.3.1.3. CÁNCER DE SENO O UTERO

2.3.1.4. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.

2.3.1.5. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX Y CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.

2.3.1.6. LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

2.3.1.7. ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.

2.3.1.8. ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS.

2.3.1.9. TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

2.3.1.10. CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.

2.3.1.11 LESIONES O DOLENCIAS QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS, TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

2.4. RENTAS CLÍNICAS

2.4.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SI EL ASEGURADO ES RECLUIDO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO SEGÚN SE DEFINE EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SEGÚN EL NUMERO DE DÍAS QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE RECLUIDO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CONTÍNUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

ADICIONALMENTE SE PUEDEN CONTRATAR LAS SIGUIENTES OPCIONES DE COBERTURA:

2.4.2. RENTA DIARIA ADICIONAL POR SER INTERNADO EN UCI

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DE UNA CLÍNICA O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, POR CUALQUIER CAUSA, HASTA UN MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS CONTÍNUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA RECLUSIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.4.3. RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA SEGÚN EL CASO, EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN SU DOMICILIO TRAS HABER PERMANECIDO INGRESADA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE LA HAYAN OCASIONADO SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER DÍA Y POR UN PERIODO MÁXIMO IGUAL AL NÚMERO DE DÍAS QUE PERMANECIÓ RECLUIDO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA CON DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2.4.1.

2.4.4. CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA SEGÚN EL CASO, EL VALOR ESTIPULADO EN LA COBERTURA Y EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA EN CASO DE CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA QUE SUFRA EL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN EL NUMERAL 3.14 DEL PRESENTE CLAUSULADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE LA HAYAN OCASIONADO SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA PRESENTE COBERTURA NO TIENE LIMITE DE EVENTOS POR VIGENCIA.

2.4.5. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE CUANDO LA CIRUGÍA AMBULATORIA O LA HOSPITALIZACIÓN TENGAN ORIGEN O RELACIÓN CON:

2.4.5.1. LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE A CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

2.4.5.2. LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.

2.4.5.3. LICENCIAS POR MATERNIDAD.

2.4.5.4. HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.

2.4.5.5. HOSPITALIZACIONES O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.

2.4.5.6. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

2.4.5.7. TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

2.4.5.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS.

2.4.5.9. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.

2.4.5.10 CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIENDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNÓSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.

2.4.5.11 TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.

2.4.5.12. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS

QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

2.4.5.13. TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

2.4.5.14. FISIOTERAPIAS

2.4.5.15. EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.

2.4.5.16. CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.

2.4.5.17. PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O DEPORTES PROFESIONALES.

2.4.5.18. LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.

2.4.5.19. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O ACTOS DELICTIVOS.

2.4.5.20. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

2.4.5.21. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.

2.4.5.22. ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.5. EXEQUIAS

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1. DE ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA PARA ESTE AMPARO AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DESIGNADO (S) O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, PARA SUFRAGAR LOS GASTOS FUNERARIOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CONTRATE LA COBERTURA

2.6. RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO

EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DEL ASEGURADO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1. DE ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO COMO RENTA MENSUAL Y POR DOCE (12) MESES, A PARTIR DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO.

2.7. RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2.1. DE ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO COMO RENTA MENSUAL Y POR DOCE (12) MESES, A PARTIR DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE OCURRENCIA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.9. RENTA POR MATERNIDAD

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LA ASEGURADA LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA POR CADA HIJO NACIDO VIVO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO EL NACIMIENTO OCURRA TRANSCURRIDOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

2.10. DESEMPLEO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, CUANDO EL ASEGURADO SEA DESPEDIDO DE SU EMPLEO SIN JUSTA CAUSA DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO AL RESPECTO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA O CUANDO SU CONTRATO DE TRABAJO TERMINE DE MUTUO ACUERDO, Y HASTA QUE ÉSTE SE VUELVA A EMPLEAR, DENTRO DE LAS CONDICIONES Y TIEMPOS ESTIPULADOS EN ESTE DOCUMENTO, Y EN TODOS LOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.

LA CONTRATACIÓN DE ESTA COBERTURA ES EXCLUYENTE CON LA COBERTURA DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL.

ESTA COBERTURA APLICA PARA AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN PRESTANDO UN SERVICIO DE CARACTER REMUNERADO, BAJO UN VÍNCULO DE DEPENDENCIA Y SUBORDINACIÓN, POR MEDIO DE UN CONTRATO LABORAL A TÉRMINO INDEFINIDO O DEFINIDO CON VIGENCIA NO MENOR A SEIS (6) MESES, EN UNA EMPRESA LEGALMENTE CONSTITUIDA.

ESTA COBERTURA TENDRÁ UN PERIODO DE CARENCIA DE UN (1) MES A PARTIR DE SU VIGENCIA.

2.10.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO ESTA

CUBIERTO CUANDO EL DESEMPLEO SE PRODUCE COMO CONSECUENCIA O POR CAUSA DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.10.1.1. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL EN CARGOS PÚBLICOS U OFICIALES DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN.

2.10.1.2. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR VENCIMIENTO DEL PLAZO O ACAECIMIENTO DE LA CONDICIÓN, EN CONTRATOS A TÉRMINO FIJO O CON DURACIÓN DEFINIDA.

2.10.1.3. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR ALGUNA DE LAS JUSTAS CAUSAS PREVISTAS EN EL LITERAL A) NUMERALES 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13 DEL ARTÍCULO 62 DEL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.

2.10.1.4. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR HABER OBTENIDO EL ASEGURADO PENSIÓN DE VEJEZ O DE INVALIDEZ.

2.10.1.5. CUANDO SE TRATE DE TRABAJADORES EMPLEADOS EN SU PROPIA EMPRESA.

2.10.1.6. DESPIDOS MASIVOS CUANDO LA EMPRESA ENTRE EN LIQUIDACION O CONCORDATO.

2.10.1.7. CUANDO NO SE HAYA CUMPLIDO UN MES DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA.

2.10.1.8. CUANDO EL ASEGURADO TERMINE VOLUNTARIAMENTE EL CONTRATO LABORAL

2.10.1.9. PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

2.10.1.10. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDA.

2.10.1.11. ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.10.2. TIEMPO INDEMNIZABLE

UNA VEZ ESTUDIADOS LOS ELEMENTOS DE JUICIO QUE PERMITAN A LA COMPAÑÍA DEFINIR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Y SE HAYA COMPLETADO EL TIEMPO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE CARENCIA, LA COMPAÑÍA APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE UN (1) MES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE TERMINACIÓN DE LA VINCULACIÓN LABORAL.

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ EQUIVALENTE AL VALOR ASEGURADO MENSUAL MULTIPLICADO POR EL NÚMERO DE MESES QUE PERSISTA LA SITUACIÓN DE DESEMPLEO, CON UN MÁXIMO DE SEIS (6) MESES INDEMNIZABLES Y MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA.

2.10.3. AVISO DE LA VINCULACIÓN LABORAL

EL ASEGURADO TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR A LA COMPAÑÍA DENTRO DE UN TÉRMINO NO MAYOR A DIEZ (10) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO A SU NUEVO TRABAJO, SOBRE SU NUEVA VINCULACIÓN LABORAL.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE CONSULTAR LAS BASES DE DATOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, EN CASO DE APARECER REGISTRADO, LA COMPAÑÍA, CESARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CON LA FECHA DE INSCRIPCIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

EL ASEGURADO ESTARÁ EN LA OBLIGACIÓN DE INFORMARLE A LA COMPAÑÍA, LA FECHA DE SU NUEVA VINCULACIÓN LABORAL, EN CASO DE NO HACERLO Y LA COMPAÑÍA HAYA EFECTUADO UN PAGO DE INDEMNIZACIÓN, EL ASEGURADO ESTARÁ OBLIGADO A RESTITUIR ESAS SUMAS DE DINERO DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE SOLICITUD DE LA COMPAÑÍA PARA EFECTOS DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN DE REEMBOLSO A CARGO DEL ASEGURADO, LAS PARTES DECLARAN QUE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGUROS PRESTA MÉRITO EJECUTIVO PARA SU COBRO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

2.11. RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO MENSUAL, CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE SE ORIGINE DESPUÉS UN (1) MES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO PERMANEZCA EN DICHO ESTADO DE INCAPACIDAD POR UN PERIODO SUPERIOR O IGUAL A TREINTA (30) DÍAS.

EN LOS CASOS EN QUE LA INCAPACIDAD SEA SUPERIOR A TREINTA (30) DÍAS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL MES COMPLETO MÁS LA FRACCIÓN DE MES CORRESPONDIENTE.
ESTA COBERTURA APLICA PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SEAN TRABAJADORES, COMERCIANTES O PROFESIONALES QUE LABOREN EN FORMA INDEPENDIENTE Y QUE PERCIBAN POR ELLO UN INGRESO.

ESTA COBERTURA ES EXCLUYENTE CON LA COBERTURA DE DESEMPLEO.

2.11.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO ESTA CUBIERTO CUANDO LA INCAPACIDAD SE PRODUZCA COMO

CONSECUENCIA O POR CAUSA DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.10.1.1. ENFERMEDADES DIAGNÓSTICADAS O ACCIDENTES OCURRIDOS ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.10.1.2. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS

2.10.1.3. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

2.10.1.4. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

2.10.1.5. CONSUMO DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O EMBRIAGANTES Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

2.10.1.6. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.

2.10.1.7. ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.11.2. TIEMPO INDEMNIZABLE

UNA VEZ ESTUDIADOS LOS ELEMENTOS DE JUICIO QUE PERMITAN A LA COMPAÑÍA DEFINIR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Y SE HAYA COMPLETADO EL TIEMPO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE CARENCIA, LA COMPAÑÍA EFECTUARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA CUAL SERÁ MÍNIMO DE UN (1) MES, MÁXIMO SEIS (6) MESES, CON UN LÍMITE DE DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este clausulado se entenderá por:

3.1. Tomador del seguro: Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y a quien corresponde el pago de la prima.

3.2. Asegurado: Es la persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro, y que deberá aceptar expresamente el mismo.

3.3. Beneficiario: Es la persona o personas, a quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe. El Beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del Asegurado, o a título oneroso.

3.4. Compañía: Entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones de la presente póliza y que para efectos de este contrato será MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

3.5. Póliza: Documento que contiene las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que identifican el riesgo.

3.6. Prima: Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

3.7. Pérdida: Amputación quirúrgica o traumática o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

3.7.1. Manos: A la altura de la muñeca o por encima de ella.

3.7.2. Pies: A la altura del tobillo o por encima de él.

3.7.3. Dedos: Al nivel de las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.

3.8. Grupo asegurable: Es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el Seguro de Vida. LA COMPAÑÍA podrá exigir, previo a la integración del grupo, los requisitos de asegurabilidad necesarios para la correcta selección del riesgo.

3.9. Terrorismo: El intento o realización de ataques, represalias, actos o amenazas de violencia cuya finalidad principal sea aterrorizar la población civil o un sector de ella, y que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las mismas, con ocasión y en desarrollo de un conflicto armado con propósito político, social o religioso.

3.10. Accidente: Es el hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause al asegurado la muerte o lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o internas, médicamente comprobadas.

3.11. Médico: Persona autorizada para ejercer la medicina y cualificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente. Debe estar asociado a la EPS o medicina prepagada donde se encuentre inscrito el asegurado del presente anexo.

3.12. Institución hospitalaria: Establecimiento registrado y autorizado por reunir todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación colombiana,

para la atención de enfermos. no son consideradas como instituciones hospitalarias para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

3.13. Incapacidad temporal: Aquella incapacidad ocasional que produce temporalmente alteraciones orgánicas y funcionales que impiden desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación cotidiana.

3.14. Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía: Procedimientos de cirugía que no requieren de uso de quirófano y que se realizan en salas de urgencias o en consultorio, tales como esguinces, fracturas óseas simples que requieran inmovilización y vendaje y cuya reducción no afecta el uso del quirófano.

3.15. Hospitalización: Cuando el asegurado se encuentra en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de 24 horas.

3.16. Convulsión de la Naturaleza: Se entenderán por convulsiones de la naturaleza los siguientes eventos: erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, deslizamientos de tierra, derrumbes, avalanchas, tsunamis e inundaciones.

3.17. Desempleo: Significa la pérdida involuntaria del empleo del asegurado como consecuencia de despido por parte del empleador por alguna causa que no se encuentre específicamente excluida en este contrato de seguro.

3.18. Periodo de carencia: Es el periodo posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el asegurado no estará cubierto, este periodo deberá cumplirse por única vez para cada asegurado.

3.19. Coaseguro: Es el mecanismo de distribución por el cual dos o más aseguradoras asumen un mismo riesgo en una proporción definida.

4. CLASIFICACIÓN

El seguro de Vida Grupo tiene las siguientes clasificaciones:

4.1 Contributivo: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los integrantes del grupo asegurado.

4.2. No Contributivo: Cuando la totalidad de la prima sea sufragada por el Tomador del Seguro.

4.3. Deudores: Su objeto es la protección al acreedor por el riesgo que le produce el Fallecimiento o la Incapacidad Total y Permanente de los deudores, adquiriendo el acreedor, en todos los casos, la calidad de Tomador del seguro.

5. EDADES

Para los amparos de Fallecimiento por Cualquier Causa, Renta Mensual por Fallecimiento y Exequias, la edad mínima de ingreso a la póliza es de doce (12) años para las mujeres y catorce (14) años para los hombres; la edad máxima de ingreso a esta póliza es de setenta (70) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días y la edad máxima de permanencia es hasta los ochenta (80) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

Para los amparos adicionales, la edad mínima de ingreso es doce (12) años para las mujeres y catorce (14) años para los hombres; la edad máxima de ingreso a esta cobertura es de sesenta (60) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días y su permanencia hasta los sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

6. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra, con base en los datos facilitados por el Tomador y/o Asegurado del seguro, declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por LA COMPAÑÍA, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente,

Solamente respecto de los amparos adicionales, el asegurado y/o el tomador esta obligado a comunicar a LA COMPAÑÍA cualquier modificación del estado del riesgo. En tal virtud, tanto el Tomador como el Asegurado se encuentran obligados a notificar por escrito a LA COMPAÑÍA, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo. La notificación debe hacerse con una antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Tomador o Asegurado, o es conocida por alguno de ellos. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Dependiendo de la modificación del estado del riesgo, LA COMPAÑÍA podrá modificar las condiciones técnicas y económicas del presente contrato a partir de la fecha en que se tenga conocimiento, de dicha modificación por parte de LA COMPAÑÍA.

7. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El Tomador y/o Asegurado están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la

reticencia o inexactitud producen igual efecto si el Tomador y/o Asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo. Si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del Tomador y/o Asegurado, el contrato no será nulo, pero LA COMPAÑÍA sólo estará obligada, en caso de siniestro a pagar un porcentaje del valor asegurado, equivalente al que la tarifa o prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio. Esta sanción no se aplica si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

8. VIGENCIA

El presente seguro entrará en vigor a las 24:00 horas del día en que LA COMPAÑÍA haya recibido el pago de la prima en su totalidad o de la primera cuota (si el pago es fraccionado).

El término de vigencia de la presente póliza será de un (1) año contado a partir de la fecha de su inicio y será renovable por igual término, salvo que el tomador o asegurado manifiesten expresamente su intención de revocar el seguro o LA COMPAÑÍA de no renovarlo.

Los amparos adicionales respecto de cada asegurado, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique su aprobación al Tomador, mediante escrito de aceptación, expedición de la póliza o anexo correspondiente, o envío de certificado de cobro. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no se hubiere pronunciado, se considerará como no aprobada.

9. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

El valor del Seguro de cada persona, será el aceptado expresamente por LA COMPAÑÍA he indicado en la carátula de la Póliza o Certificado Individual de Seguro, por cobertura.

Para las pólizas de vida grupo deudores, el valor asegurado será el saldo insoluto de la totalidad de las obligaciones que tenga el asegurado con el tomador y comprenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado. En el evento de mora de las obligaciones incluirá los intereses moratorios.

El Tomador deberá informar mensualmente a LA COMPAÑÍA el saldo que por capital presente cada una de las obligaciones aseguradas.

LA COMPAÑÍA pagará sobre el Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de ocurrencia del siniestro, previo a este se revisará contra base de datos para verificar diferencias de valores asegurados que pudiesen existir, en caso de haber diferencia entre el certificado del saldo emitido por el tomador y la base de datos, se indemnizara según base de datos.

10. INCREMENTO DE LA SUMA ASEGURADA

La suma asegurada podrá ser incrementada en cualquier momento, siempre y cuando el asegurado diligencie la solicitud de seguro correspondiente y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA y esta lo autorice expresamente.

En el seguro de vida grupo deudores, se entenderá como incremento de la suma asegurada toda solicitud de un nuevo crédito o desembolso.

Si el asegurado fallece dentro del año siguiente a la fecha en la que LA COMPAÑÍA aceptó expresamente el aumento del valor asegurado, como consecuencia de un suicidio o su tentativa o de una enfermedad diagnosticada con anterioridad a la fecha en que solicitó el incremento de la suma asegurada; este incremento en el valor asegurado no surtirá efecto.

11. PAGO DE LA PRIMA

El valor de la prima y la forma de pago será el indicado en la carátula de la póliza.

11.1. Periodicidad: Las primas son de vigencia anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación del correspondiente recargo.

11.2. Plazo para el Pago de la prima: Será máximo de treinta (30) días después de la entrada en vigencia del seguro o del vencimiento de cada cuota, en caso de ser ésta fraccionada. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente.

Vencido el pazo de gracia, el no pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

11.3. Exigibilidad de las primas fraccionadas: En caso de siniestro que diese origen al pago de la prestación establecida en el contrato, se descontarán las fracciones de prima de la anualidad en curso no percibidas por el Asegurador, en caso que el beneficiario sea el mismo tomador.

12. FORMAS Y MEDIOS DE PAGO

LA COMPAÑÍA no financia primas de forma directa. Para mayor información sobre las formas y medios de pago consulte el link de la página web de LA COMPAÑÍA.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

13. CONVERTIBILIDAD

Con excepción del Seguro de Vida Grupo Deudores, los asegurados que se separen del Grupo Asegurado, después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo y que no superen los sesenta y cinco (65) años, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de vida Grupo pero sin amparos adicionales o accesorios, en cualquiera de los planes de Seguro de vida Individual, que LA COMPAÑÍA promueve, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro del mes siguiente, contado a partir de su retiro del grupo.

El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, su ocupación en la fecha de la solicitud y sobre prima por salud que tuviere.

14. CONTINUIDAD DE COBERTURA

LA COMPAÑÍA podrá otorgar continuidad de cobertura, es decir, no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado y las coberturas que se tuvieran contratadas con la anterior aseguradora.

Los términos y condiciones del contrato de seguro incluyendo las edades de permanencia y las definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en las presentes condiciones generales y/o en las condiciones particulares de la póliza. Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud con las siguientes salvedades:

- Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
- Que las citadas condiciones de salud existieran con anterioridad a la vinculación del asegurado con el tomador.

Es requisito indispensable el envío a LA COMPAÑÍA del último listado emitido por la aseguradora de la cual es trasladado el grupo con un plazo máximo de treinta (30) días con la siguiente información: nombres, apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, y sobre primas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los iniciales requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador pondrá a disposición de LA COMPAÑÍA las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.

14.1. GARANTÍA DEL TOMADOR

Se otorga la continuidad de amparo descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el tomador de informar los riesgos que han sido extraprimados por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas en el cobro de la nueva póliza. Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que el Tomador nos informe por escrito si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado enfermedades de carácter terminal.

15. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R.) EVENTO AÑO

El monto total indemnizable por parte de LA COMPAÑÍA por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (L.A.R), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con LA COMPAÑÍA y será estipulado en la Condiciones particulares de cada Póliza.

16. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar a aviso a LA COMPAÑÍA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado a petición de LA COMPAÑÍA deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

17. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, al tomador, asegurado o beneficiario, según el caso.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Fallecimiento del Asegurado, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Registro civil de defunción del asegurado original o copia autenticada en notaria.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiarios, declaración extra-juicio del reclamante manifestando el desconocimiento de la existencia de un beneficiario con mejor o igual derecho.
- Historia Clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte.
- Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de necropsia.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

- Certificación bancaría del beneficiario cuando no se trate de seguros de vida grupo deudores.
- Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de la fallecimiento cuando se trate de Vida Grupo Deudores.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Incapacidad Total y Permanente o Enfermedad Grave del Asegurado, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad.
- Dictamen de calificación de Incapacidad Total y Permanente igual o superior al 50%
- Certificación bancaría del asegurado, cuando no se trate de seguros de Vida Grupo Deudores.
- Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de la estructuración de la Incapacidad Total y Permanente, cuando se trate de Vida Grupo Deudores.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Rentas Clínicas del Asegurado, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad, que incluya pruebas clínicas, radiológicas, histológicas de patología y de laboratorio que permitan evidenciar el origen, evolución, diagnostico y naturaleza de la enfermedad.
- Certificado de Incapacidad medica transcrita por la EPS
- Certificación bancaría del asegurado.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Desempleo, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Copia del último contrato de trabajo o prueba del mismo.
- Desprendible de nómina en papelería del Empleador, de los últimos seis meses.
- Copia de la carta de cancelación del contrato, del arreglo laboral y conciliación administrativa de las que deduzca claramente la terminación de la relación laboral.
- Carta informando la vinculación laboral con la fecha de Inicio en el nuevo Empleo.
- Certificación Bancaria del Asegurado.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito expedido por el Tomador a la fecha de la situación de Desempleo del Deudor cuando se trate de Vida grupo deudores.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Renta Mensual por Incapacidad Temporal, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Informe médico y estudios realizados con la certificación médica que indiquen el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico así como los días de incapacidad otorgados (superior a 30 días).
- Certificación Bancaria del Asegurado.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito expedido por el Tomador a la fecha de la situación de Incapacidad Temporal del Deudor, cuando se trate de Vida grupo deudores

Mientras se encuentre pendiente un reclamo que afecte cualquier amparo adicional, LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de examinar al asegurado cuantas veces estime conveniente.

18. TRÁMITE PARA EL PAGO DE SINIESTROS

En caso de reclamación, el tomador, asegurado o beneficiario(s), deberán enviar los documentos necesarios de acuerdo con el numeral 16, a la oficina o sucursal de LA COMPAÑÍA en la ciudad donde esté radicada la póliza.

19. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para LA COMPAÑÍA de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, LA COMPAÑÍA reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que efectúe el pago.

20. DEDUCCIONES

- Cuando LA COMPAÑÍA haya indemnizado por el amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, dicho pago se deducirá de la indemnización que pueda corresponder por el amparo básico y se producirá la terminación del contrato de seguro.

- Si bajo el amparo de Fallecimiento accidental y beneficios por desmembración, LA COMPAÑÍA reconoce una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado, quedará automáticamente extinguido el Contrato de Seguro.

- Cuando LA COMPAÑÍA haya realizado un pago por el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente.

- Cuando LA COMPAÑÍA haya realizado un pago por el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo básico.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

21. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

22. RENOVACIÓN

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

23. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito emitido a LA COMPAÑÍA, surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

Tratándose de los amparos adicionales, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

La percepción por parte de LA COMPAÑÍA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de la misma procediendo LA COMPAÑÍA a rembolsar la suma recibida.

24. TERMINACIÓN DEL SEGURO Y AMPAROS ADICIONALES

El seguro de cualquiera de las personas amparadas terminará por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Por el no pago de la prima o su cuota vencido el período de gracia.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- El Tomador o Asegurado podrán revocar el contrato de seguro en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA COMPAÑÍA, surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación. En este caso. LA COMPAÑÍA le devolverá al tomador las primas no devengadas menos el 10% de la misma.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que LA COMPAÑÍA lo acepte expresamente.
- Cuando LA COMPAÑÍA indemnice por el amparo básico, el amparo de Incapacidad Total y Permanente o el 100% del amparo de fallecimiento accidental y beneficios por desmembración.
- Para el caso del cónyuge o compañero(a) permanente o algún otro miembro del grupo familiar que se encuentre asegurado, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado o fallezca.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, establecida por LA COMPAÑÍA, en el amparo básico.
- En los seguros de Vida grupo deudores, cuando la obligación se extinga totalmente.

Los amparos adicionales de las personas aseguradas por la presente póliza terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida por LA COMPAÑÍA.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando LA COMPAÑÍA indemnice el 100% del amparo adicional.

25. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia, sobre el tema de prevención de lavados de activos, el Tomador, el (los) asegurado (os) y el (los) beneficiario (s), se obligan con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones.

26. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO

El tomador y/o asegurado y/o beneficiario autoriza a LA COMPAÑÍA para que, con fines estadísticos, de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y, bajo cualquier modalidad, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

27. NORMAS APLICABLES

A los aspectos no regulados de este contrato le serán aplicables las disposiciones previstas en el Código de Comercio, y demás normas concordantes.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

28. JURISDICCIÓN

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción Colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de LA COMPAÑÍA a elección del Tomador.

29. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

30. COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, sólo producirán efectos si han sido dirigidas al domicilio de LA COMPAÑÍA. Las comunicaciones de LA COMPAÑÍA al Tomador, Asegurado o Beneficiarios del seguro, sólo producirán efecto si se han dirigido al último domicilio registrado en la misma.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado General	01-01-2012	1430	P	34	Vid-083-Ene/12

KPMG S.A.S.
Calle 90 No. 19c - 74
Bogotá D.C. - Colombia

Teléfono +57 (601) 618 8000
+57 (601) 618 8100

www.kpmg.com/co

AUDFINBOG-CER2025-22125

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL SUPLENTE DE
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
NIT: 891.700.037-9

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con los registros contables del aplicativo SAP y las Planillas Integradas de Liquidación de Seguridad Social y Aportes Parafiscales; la Compañía efectuó el pago dentro de los plazos otorgados por la ley en relación con las siguientes obligaciones:

- Las administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, de Riesgos Laborales "ARL", Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar "ICBF" y el Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA" desde el 1 de febrero al 31 de julio de 2025.

- Las Entidades Promotoras de Salud desde el 1 de marzo al 31 de agosto de 2025.

Lo anterior, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1607 de 2012, Decreto 2236 de 1999, Decreto 1464 de 2005, Decreto 1670 de 2007, Decreto 0862 de 2013, Decreto 780 de 2016 y el Decreto 1990 de 2016.

* * * * *

En cumplimiento del artículo 2 de la Ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información requerida que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes antes mencionadas.

La presente certificación se expide el quince (15) de agosto de 2025, por solicitud y con destino a Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. y para su uso exclusivo.

Mónica Adriana González Camacho
Revisor Fiscal Suplente de Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.
T.P. 58642 – T
Miembro de KPMG S.A.S.

© 2025 KPMG S.A.S. sociedad colombiana por acciones simplificadas, adscrita a la organización global de Firmas miembro independientes de KPMG International Limited, una entidad inglesa privada limitada por garantía. Todos los derechos reservados.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	891700037-9	Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.		Carrera 14 96 34	6503300	gabguti@mapfre.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					724	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	06/08/2025	88632686	$1.345.870.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	18.129.900	0		0		0	0	0	0	18.129.900	24
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	10.582.200	0		0		0	0	0	0	10.582.200	56
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	187.544.700	0		0		0	0	0	0	187.544.700	361
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	26.157.900	0		0		0	0	0	0	26.157.900	82
EPS010	EPS Sura	800088702-2	51.569.800	0		0		0	0	0	0	51.569.800	105
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	12.202.100	0		0		0	0	0	0	12.202.100	64
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	428.500	0		0		0	0	0	0	428.500	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.866.300	0		0		0	0	0	0	3.866.300	19
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	205.300	0		0		0	0	0	0	205.300	2
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	24.700	0		0		0	0	0	0	24.700	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	347.500	0		0		0	0	0	0	347.500	2
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	588.600	0		0		0	0	0	0	588.600	4

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	136.147.400	0	0	2.489.900	3.147.400	0	0		141.784.700	155
230301	Porvenir	800224808-8	160.242.200	0	0	2.542.400	2.542.400	0	0		165.327.000	210
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	67.127.400	0	0	1.921.500	3.669.900	0	0		72.718.800	30
231001	Colfondos	800227940-6	85.516.700	0	0	1.952.900	2.433.100	0	0		89.902.700	77
25-14	Colpensiones	900336004-7	261.624.100	0	0	6.460.800	7.785.400	0	0		275.870.300	215

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.025.900		0	0	29.025.900	0	0	29.025.900	0	0	290.259	29.025.900	724

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF04	Comfama	890900841-9	7.839.200	0	0	7.839.200	26
CCF07	Comfamiliar Atlantico	890101994-9	5.372.700	0	0	5.372.700	18
CCF08	Comfenalco Cartagena	890480023-7	985.600	0	0	985.600	5

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	891700037-9	Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.		Carrera 14 96 34	6503300	gabguti@mapfre.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					724	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	06/08/2025	88632686	$1.345.870.900	

CCF10	Comfaboy	891800213-8	754.700	0	0	754.700	3
CCF11	Comp Fliar Caldas	890806490-5	1.168.100	0	0	1.168.100	5
CCF16	Comfacor	891080005-1	724.000	0	0	724.000	4
CCF21	Cafam	860013570-3	142.816.600	0	0	142.816.600	554
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	2.009.200	0	0	2.009.200	6
CCF33	Caja Fliar Magdalena	891780093-3	409.300	0	0	409.300	3
CCF34	Cofrem	892000146-3	366.100	0	0	366.100	1
CCF35	Caja Fliar Nariño	891280008-1	1.062.000	0	0	1.062.000	4
CCF37	Comfanorte	890500516-3	836.000	0	0	836.000	3
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	2.776.500	0	0	2.776.500	12
CCF43	Comfenalco Quindio	890000381-0	697.300	0	0	697.300	3
CCF44	Comfamiliar Risaralda	891480000-1	1.432.500	0	0	1.432.500	5
CCF50	Comfenalco	890700148-4	3.863.400	0	0	3.863.400	13
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	96.600	0	0	96.600	1
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	8.226.700	0	0	8.226.700	27

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
31.192.000	0	0	31.192.000	81
ICBF				
46.787.500	0	0	46.787.500	81
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	13	311.825.500	311.825.500
Pensión	5	745.603.500	745.603.500
Riesgos Laborales	1	29.025.900	29.025.900
CCF	18	181.436.500	181.436.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	46.787.500	46.787.500
MEN	0	0	0
SENA	1	31.192.000	31.192.000
TOTALES	39	1.345.870.900	1.345.870.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá D.C.

Certificado de confirmación de cuenta

FECHA - 07/02/2025

Señores
A quien corresponda

Certificamos que MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA tiene la siguiente lista de cuenta(s) con Citibank Colombia S.A.

Razón Social	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA
Dirección de la empresa	CARRERA 14 NUMERO 93-34 BOGOTA CO
Sucursal de Citibank	Citibank Colombia S.A.
Código Swift	CITICOBBXXX
NIT	008300549046

Número de cuenta	Tipo de cuenta	Fecha de apertura	Moneda	Estado de la cuenta
0065512017	Cuenta Corriente	01/06/1999	COP	Abierta

En caso de requerir alguna información adicional puede contactar a nuestro canal de servicio CitiService® enviando un correo electrónico a colombia.citiservice@citi.com o a las líneas Bogotá (57) 601 6383838 y línea nacional 018000 523838 Horario de atención: lunes a viernes (días hábiles) de 8:00 am a 6:00 pm o a su ejecutivo de cuenta.

Atentamente,

Marcela Martinez

Johanna Marcela Martinez
CitiService®
Citibank – Colombia S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

Lo anterior no implica responsabilidad alguna de nuestra parte por efectos que se deriven en consecuencia de la presente.

Citibank - Colombia S.A. Nit 860.051135-4. Citi y el diseño del arco son una Marca Registrada de servicios de Citigroup Inc. Productos y Servicios financieros ofrecidos por Citibank - Colombia S.A.

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

191851-T



CAROL MARCELA
ROBLES MORENO
C.C. 1018426786
RESOLUCION INSCRIPCION 1182 FECHA 16/07/2014
UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 204028

192969

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideas.com

Generated by CamScanner from intsig.com





UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2F9D5420 5FB84E91

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **CAROL MARCELA ROBLES MORENO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1018426786 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 191851-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 9 días del mes de Julio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.779.447**

ARCILA HOYOS

APELLIDOS

LUIS DAVID

NOMBRES



Luis David Arcila H.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1978**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-OCT-1996 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0100100-14128253-M-0071779447-20050511 **02528**05131A 02 170040614

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) 000014115412113 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 15 91 46 TO MAPFRE

42. Correo electrónico impuestos@mapfre.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 8 5 2 5	6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	3 1 0 8 7 1 1 4 3 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 5 1 2	1 9 9 9 0 2 2 4							7 9

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	3	5	7	8	9	1 0	1 3	1 4	1 5	1 8	2 6	4 1	4 2	4 8	5 2	5 4	5 5	5 8	5 9	6 0	6 1				

02- Gravamen a los movimientos financier	13- Gran contribuyente	48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
03- Impuesto al patrimonio	14- Informante de exogena	52 - Facturador electrónico
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar	15- Autorretenedor	54 - Intercambio Automático de Informaci
07- Retención en la fuente a título de rent	18- Precios de transferencia	55 - Informante de Beneficiarios Finales
08- Retención timbre nacional	26- Declaración individual precios de tran	58 - Intercambio Automático de Informaci
09- Retención en la fuente en el impuesto	41- Declaración anual de activos en el exte	59 - Autorretención especial renta
10- Obligado aduanero	42- Obligado a llevar contabilidad	60 - Autorretención concep rendi Finan vig
		61 - Autorretención concep comisiones vig

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 2	2 3								

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	3	57. Modo	2		
		58. CPC	9 7		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALVAREZ DUARTE ARLIT PATRICIA

985. Cargo Apoderado General Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	3	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	1 0 4 4	7 6 5
73. Fecha	1 9 9 9 0 2 2 4	2 0 1 6 0 5 1 6
74. Número de notaría	6	3 5
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 9 0 2 2 6	2 0 1 6 0 5 1 9
77. No. Matrícula mercantil	9 2 2 5 8 4	9 2 2 5 8 4
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 9 0 2 2 4	2 0 1 6 0 5 1 6
81. Hasta	2 0 9 9 0 2 2 4	2 0 9 9 0 2 2 4

Composición del Capital

82. Nacional	0 . 1 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	9 9 . 9 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	1 0 0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Financiera — 1

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	7 9	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
1			

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante: MAPFRE S A

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 7 0 2 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 2 7 8 7 2 0 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CUBIDES	HURTADO	ETHEL	MARGARITA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
APOD. GENERAL 0 7	2 0 2 2 0 5 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Extranjer 2 2	5 3 0 2 2 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RODRIGUEZ	DEL CASTILLO	GUILLERMO	ANTONIO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 4 1 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Extranjer 2 2	6 7 3 0 5 7 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CUEVAS		BRENDA	ROMINA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
APOD. GENERAL 0 7	2 0 2 2 0 5 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 1 9 6 9 5 5 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ALVAREZ	DUARTE	ARLIT	PATRICIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 1 0 0 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudada 1 3	7 1 7 7 9 4 4 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ARCILA	HOYOS	LUIS	DAVID

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	3 0 1 8 0 9		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
FERNANDEZ	MASEDA	RAUL	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	2018,03,31

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 1 8 4 2 8 4 6 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SOLE	FRANCO	FRANCISCO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 2 2 8 2 3 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MORENO	ESCALLON	JUAN	ANTONIO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	2016,03,31

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 9 4 2 1 9 8 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
VENEGAS	FRANCO	ALEJANDRO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 9 6 9 0 5 7 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CALLE	MORENO	PATRICIA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 0 6 3 2 1 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
HELO	KATTAH	LUIS	SALOMON

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 1 1 1 1 3 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ARRIETA	PADILLA	CARLOS	GUSTAVO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	2016,03,31

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 0 7 6 5 6 5 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
RUBIO	DIAZ	LUCIO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2012,08,14	2016,03,31

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	6 7 4 4 6 4		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MERINERO	MARTIN	JOSE	MANUEL

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2016,03,31	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	5 3 2 3 9 7		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CARPIO	CASTAÑO	JOSE	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2016,03,31	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	4 7 3 4 2 3		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CLEMENTE	CAMPANARIO	ANTONIO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 6 0 3 3 1	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 4 9 1 3 7 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CADAVID	MONTOYA	JORGE	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 6 0 3 3 1	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 3 8 0 8 6 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GAITAN	PARRA	EDUARDO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 0 8 0 1	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 8 4 2 6 7 8 6		1 9 1 8 5 1 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ROBLES	MORENO	CAROL	MARCELA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 6 0 0 0 0 0 8 4 6	4	KPMG S A S

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 1 1 2 2

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 2 2 1 4 2 4	7	5 8 6 4 2 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
GONZALEZ	CAMACHO	MONICA	ADRIANA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 6 0 0 0 0 0 8 4 6	4	KPMG S A S

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 4 2 2

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 5 3 1 2 8 4	2	9 9 7 2 3 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MANOSALVA	BERNAL	CLAUDIA	FERNANDA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 6 0 4

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sede 0 9	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 15 91 46

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
9 2 2 5 8 4	1 9 9 9 0 2 2 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 4 3 9 6 0 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

165. Dirección
CL DE LA INQUISICION CON STA TERESA ESQUINA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 9 7 5 5	2 0 0 4 0 9 2 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 5 6 6 0 0 9 3 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

165. Dirección
CL 77 B 57 141

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 5 8 1 4 2	2 0 0 3 1 0 2 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 5 3 6 8 1 8 9 8	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 20 N 3 N 31

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
5 8 4 0 1 7	2 0 0 2 0 5 0 3	6 0 2 6 6 0 4 6 0 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

165. Dirección: CL 15 2 60

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
8 3 2 6 6	2 0 0 4 0 4 2 0	6 0 5 4 2 1 1 4 8 4	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Neiva 0 0 1

165. Dirección: CR 5 12 19

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
1 3 8 4 8 9	2 0 0 4 0 5 1 8	6 0 8 8 7 2 2 4 8 8	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CR 6 36 25 LC 102

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
7 3 3 2 6	2 0 0 4 0 4 2 3	6 0 8 7 4 4 3 0 2 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

165. Dirección: CR 50 34 62

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
2 1 3 9 9 8 4 5	2 0 0 4 0 9 1 3	6 0 4 3 8 4 6 7 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CR 5 37 10

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
1 5 5 6 9 4	2 0 0 4 0 4 2 0	6 0 8 2 6 4 5 9 3 9	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

165. Dirección: CL 20 30 47

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 9 0 4 4 3	2 0 0 4 0 5 0 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 2 7 3 1 1 7 8 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

165. Dirección: CL 47 29 28

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 5 0 7 4	2 0 0 4 0 7 3 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 7 6 4 3 7 8 0 4	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA LA CASTELLANA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 106 59 26 CC PUENTE LARGO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 2 4 8	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 1 3 1 6 6 6	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA EL NOGAL DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 19 80 81

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 2 5 2	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA QUINTA PAREDES DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV CR 26 38 A 35

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 2 5 7	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 7 5 0 0 4 2 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA PABLO VI DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 57 A 56 11 LC 6 PLAZOLETA C PABLO VI

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 2 7 4	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 2 2 2 1 0 9	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA ANDALUCIA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 69 7 A 16

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 0 0	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 0 1 2 1 0 2 6 5 5	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA ANDES DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
TV 60 AV SUBA 100 85 LC 102

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 3 0	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA MARLY DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 50 A 13 62

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 3 7	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 0 1 4 8 2 7 7 1 1	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA SAN JOSE DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 20 9 BIS 04 OF 2011

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 3 9	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA POLO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 22 86 A 57

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 5 1	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 7 8 2 7 7	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA AVENIDA CHILE DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 73 10 10 OF 101

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 5 9	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 1 1 9 0 7 7	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CALLE 124 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 21 132 45 IN 4

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 6 2	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 5 8 3 2 4 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CALLE 35 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 13 37 43 OF 504

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 6 5	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 8 3 7 1 8 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA NIZA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV SUBA 119 87 LC 203

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 7 2	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 1 3 5 8 3 7	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA AV CALI DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 72 A 86 69 LC 40

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 7 8	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 7 0 4 5 9 3 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA NAVARRA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 77 14 46 OF 403

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 8 2	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 5 7 3 2 5 4	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA EL LAGO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 19 80 81

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 9 4	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 1 1 8 0 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
SUCURSAL CHAPINERO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 57 8 69 IN 4

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 3 9 9	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 4 9 8 7 8 7	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA AUTOPISTA NORTE DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AUT NORTE 100 34 OF 32

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 4 0 3	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 5 6 0 1 5 2	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA SOACHA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

165. Dirección
CL 15 7 27

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 4 0 9	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 8 4 0 1 3 0 2	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA GRAN AMERICA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 83 25 C 26 LC 103 TO 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 2 0 4 2 1	2 0 0 9 0 8 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 7 7 7 3 3 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA AVENIDA SUBA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 100 41 40 LC 210

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 9 9 3 2 0 8	2 0 1 0 0 5 2 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 7 1 4 2 0 6	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA SAN FELIPE DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 75 22 30

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 3 2 7 4 4	2 0 1 0 1 0 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 7 4 3 4 9 9 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA AV CARACAS DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 72 20 03 OF 502

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 3 2 7 6 3	2 0 1 0 1 0 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 0 6 5 7 2 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA BOGOTA CALLE 72 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 72 20 24

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 3 2 8 7 3	2 0 1 0 1 0 0 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA FLORESTA PROYECTOS ESPECIALES DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV CR 70 99 72

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 1 7 5	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 4 3 9 6 8 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA LISBOA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 13 63 39 OF 902

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 1 8 6	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 3 5 7 9 9 6	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
SUCURSAL CUENTAS CORPORATIVAS DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 14 96 82

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 1 9 3	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
SUCURSAL SALITRE PLAZA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV EL DORADO 69 63 OF 205 ED TORRE VEINTE SEIS CENTRO EMPRESARIAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 0 2	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 8 0 5 0 5 5 4	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA SIETE DE AGOSTO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 24 63 D 15

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 0 7	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 3 1 2 8 9 0 4	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CASTILLA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 8 B 77 32 LC 1

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 1 2	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 1 1 9 6 9 8	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA AVENIDA 82 ARP DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 16 96 64 OF 410

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 1 5	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 3 6 6 4 9 1	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CALLE 82 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV CR 82 90 45

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 1 7	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 1 8 0 7 0 7	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA MARSELLA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV LAS AMERICAS 69 B 99 LC 101

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 2 7	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 1 4 3 0 4 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA QUINTA CAMACHO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 69 7 A 16

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 3 2	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 1 0 2 6 5 5	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8300549046	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 31	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 01	Seguros de vida 6512

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CALLE 100 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

165. Dirección
CL 100 60 04

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
02048236	20101202
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6016139537	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 01	Seguros de vida 6512

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA UNICENTRO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

165. Dirección
AV CR 15 119 50

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
02048251	20101202
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6012134444	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 01	Seguros de vida 6512

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA TOBERIN DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

165. Dirección
CL 161 20 07

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
02048256	20101202
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6016715727	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CHICO ALTO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 98 22 64 OF 312

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 6 0	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 4 2 1 3 8 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
SUCURSAL PRINCIPAL DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 15 100 73 LC 3

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 6 7	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA CALLE 73 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV 9 14 S 10

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 7 5	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 5 8 6 6 3 3	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CALLE 170 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 55 170 55 LC 121

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 6 7 6 3	2 0 0 8 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 0 8 0 7 1 7	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA ZONA INDUSTRIAL DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 13 65 21 PS CENTENARIO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 3 6 6 9 0 7	2 0 0 4 0 4 1 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 1 7 0 1 9 1	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA CHIA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

165. Dirección
AV PRADILLA 5 31 ESTE LC 1 11

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 4 3 2 8 2 3	2 0 0 4 1 1 2 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 8 8 4 0 2 7 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA UBATE DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Villa de San Diego de Ubate 8 4 3

165. Dirección
CL 8 5 56

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 4 3 7 0 2 2	2 0 0 4 1 2 1 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 8 8 9 0 6 4 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA SANTA BARBARA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV CR 19 108 56

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 4 8 1 3 5 8	2 0 0 5 0 5 2 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 3 7 4 6 7 7	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA ZIPAQUIRA DE MAPFRE COLOBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9

165. Dirección
CR 7 2 59

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 4 8 4 4 5 2	2 0 0 5 0 6 0 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 8 5 1 0 1 7 1	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA HEROES DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 79 18 34 OF 406

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 6 7 6 6	2 0 0 8 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 2 3 2 6 5 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA TINTAL II DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 82 A 6 16 LC 31

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 6 7 6 8	2 0 0 8 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 4 8 7 8 5 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA CALLE 80 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV CR 80 89 A 40 LC 206

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 6 7 7 3	2 0 0 8 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 9 0 0 9 0 5	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CHICO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 13 96 53

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 6 7 7 6	2 0 0 8 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 5 6 3 5 9 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA NORMANDIA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 72 52 15 BL A LC 3

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 6 7 8 0	2 0 0 8 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 0 9 2 4 9 2	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA GALERIAS DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 24 45 B 38

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 7 1 7 2	2 0 0 8 0 6 0 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 3 2 0 4 0 5 3	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA PARK WAY DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV CR 28 35 62

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 4 8 4 4 5 7	2 0 0 5 0 6 0 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 3 4 0 1 4 2 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA SUBA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 92 151 1 LC 104

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 4 9 0 2 7 7	2 0 0 5 0 6 1 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 8 0 3 3 1 9	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA PEPE SIERRA II DE MAPFRE COLOMBIA VIDA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 116 16 78 LC 4

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 5 6 8 1 6 9	2 0 0 6 0 2 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 3 7 9 5 5 5	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA ALHAMBRA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 116 45 17

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 5 6 8 1 7 4	2 0 0 6 0 2 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 2 1 5 9 6 6 6	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CEDRITOS DE MAPFRE COLOMBIA VIDA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
AV 9 145 10

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 5 6 8 1 7 7	2 0 0 6 0 2 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA VILLA LUZ DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 77 A 64 C 25

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 5 6 8 1 9 1	2 0 0 6 0 2 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 4 9 0 3 1 3 6	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) 000014115412113 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8300549046	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 31	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 01	Seguros de vida 6512

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA RESTREPO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

165. Dirección
CR 24 16 14 SUR OF 301

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
01568199	20060210
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6013612463	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 01	Seguros de vida 6512

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA PARQUE 93 DE MAPFRE COLOMBIA VIDA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

165. Dirección
CL 93 13 42 OF 206

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
01568203	20060210
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6016357344	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 01	Seguros de vida 6512

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA NQS DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

165. Dirección
CR 45 A 91 49 P 5

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
01806737	20080603
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6016503300	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA MIRANDELA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 187 49 64 LC 1 120

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 0 6 7 6 0	2 0 0 8 0 6 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 7 5 2 4 6 6 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA EL VIRREY DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 15 90 20 LC 105

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 8 0	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros generales 6 5 1 1

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA SIETE DE AGOSTO MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CR 24 63 D 15

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 8 6	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 8 0 3 3 0 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros generales 6 5 1 1

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA CASTILLA DE MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 8 B 77 32 LC 1

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 2 9 3	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros generales 6 5 1 1

162. Nombre del establecimiento
AGENCIA QUINTA CAMACHO DE MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 87 7 A 16

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 3 0 4	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 1 0 2 6 5 5	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros generales 6 5 1 1

162. Nombre del establecimiento:
AGENCIA CHICO ALTO DE MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 98 22 64 OF 312

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 0 4 8 3 0 5	2 0 1 0 1 2 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 6 5 0 3 3 0 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141154121130

(415)7707212489984(8020) **000014115412113 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 4 9 0 4	6	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Seguros de vida 6 5 1 2

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA FUSAGASUGA DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS SA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

165. Dirección: CL 8 4 01 AV PALMAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 4 5 5 3 5 5	2 0 0 5 0 2 2 5
168. Teléfono: 6 0 1 8 8 6 8 6 0 6	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO