Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

KATERIN Y HERNANDEZ C Identificado con CC 1027210247

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SAN FRANCISCO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24150574572
Fecha de apertura:	11 de Noviembre de 2025
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0040 SAN FRANCISCO de la ciudad de BOGOTA, el día Martes, 11 de Noviembre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

BANCO CAJA SOCIAL
ANGIE LOPEZ
MODULO 3
WHATSAPP 3143664661



Colmena Seguros
FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA
PROTECCION CRECIENTE

Oficina: 0040 SAN FRANCISCO **Ciudad:** BOGOTA **POLIZA**
Jornada: N **Fecha de Diligenciamiento:** 20251111 **No. Consecutivo:**

La siguiente información corresponde a datos sensibles los cuales no te encuentras obligado a proporcionar, pero que serán importantes al momento de analizar el riesgo que asun
Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer tus verdaderas condiciones de salud dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Revisa detallada y cu
ya que la inexactitud produce la anulación del seguro de vida. Lee con atención las declaraciones que sobre tu estado de salud se encuentran contenidas en esta solicitud de segu
deseo de adherirte como asegurado al contrato de seguro de Vida Grupo Protección Creciente.

ASEGURADORA COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A

DATOS DEL ASEGURADO

Tipo/No. Identificación	Lugar de Expedición	Fecha Expedic.	Fecha Nacimiento	Edad	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apelli
CC1027210247	BOGOTA		20041016	21	KATERIN	YULIETH	HERNANDEZ

Ocupación	Deporte	Dirección de correspondencia	Ciudad	
NO PELIGROSA	OTROS DEPORTES	KR 19 C 64 64	BOGOTA	M

DATOS DEL CUENTAHABIENTE

Nombres/Apellidos y/o Razón Social	KATERIN YULIETH HERNANDEZ CAMPO	Tipo/No. Identificación	CC1027210247
Favor cargar la prima a mi cuenta o Tarjeta de Crédito No.	XXXXXXX4572	Cuenta de Recaudo No.	XXXXXXX7265

COBERTURAS, VALOR ASEGURADO Y PRIMA

Coberturas de la póliza	Valor asegurado en pesos	Valor Asegurado en UVR
Muerte por cualquier causa: Si mueres dentro la vigencia de la póliza por una causa natural no preexistente o accidental, o preexistente declarada y aceptada por la compañía, Colmena pagará a tus beneficiarios la suma indicada en el certificado.	$ 17,000,000.00	$ 4.29
Incapacidad Total y Permanente: En caso que sufras una incapacidad total y permanente, que se estructure dentro de la vigencia de tu seguro, Colmena te pagará la suma asegurada indicada en el certificado de tu póliza	$ 29,580.00	$ 0.01
Anticipo por enfermedades graves: En caso que te sea diagnosticada (o indicada) por primera vez durante la vigencia de este seguro, alguna de las enfermedades o procedimientos definidos en tus condiciones generales, Colmena te pagará, el 50% de la suma asegurada para el amparo de muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente.	$ 17,000,000.00	$ 4.29

Si a la fecha de ingreso tu edad es superior a 55 años únicamente contarás con el amparo de Muerte por cualquier causa — **El pago de tu prima será realizado de forma: Trimestral**

En caso de desconocer tu edad al momento de ingresar a tu seguro asumiremos que es de 39 años, la tasa pura de riesgo será entonces de 0,55 por mil trimestral.

El valor asegurado será mínimo de 10 salarios mínimos mensual legales vigentes y máximo de 200 salarios mínimos mensual legales vigentes.

TOTAL PRIMA SEGÚN FRECUENCIA DE PAGO **$ 29,580.00** **Tasa trimestral aplicable a tu seguro**

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Beneficiarios del amparo de muerte por cualquier causa (Son de libre designación y de carácter gratuito)

Nombres	Apellidos	Parentesco	Porcentaje %
DORALID	CAMPO	ASCENDENTES (PADRES)	100

¿QUÉ ENFERMEDADES CUBRE TU SEGURO?

En caso de padecer alguna de las siguientes enfermedades y cumplir con las condiciones establecidas, Colmena Seguros de Vida S.A te pagará el amparo de Anticipo de enfermedades graves:
1. Cáncer 2. Infarto al miocardio 3. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias 4. Insuficiencia renal crónica 5. Evento cerebrovascular 6. Alzheimer 7. Parkinson 8. Artritis degenerativa 9. Virus de inmunodeficiencia humana

¿QUÈ NO CUBRE TU SEGURO?

No tendrás cobertura si la solicitud de indemnización es consecuencia de:
a. Patologías o enfermedades, físicas o mentales, congénitas o adquiridas que sean preexistentes, es decir, que hayan sido diagnosticadas y conocidas por ti, o por las cuales hayas recibido tratamiento, y no las hayas declarado al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad en los casos que corresponda y siempre antes del inicio de vigencia del seguro.
b. Tu participación en actividades ilícitas.
c. Guerra civil o internacional.
d. Mientras el asegurado se encuentre en el ejercicio de las siguientes actividades: Militares, bomberos, siderúrgicas (jefes y auxiliares de altos hornos), Esmeralderos o comerciantes de metales preciosos, Mineros en general, manipuladores de explosivos, Aerofotógrafos, Escoltas y guarda espaldas), Cargos de Elección Popular.
Para tu amparo de Anticipo por Enfermedades graves, no tendrás cobertura en estos eventos:
a. Tratamiento laser, operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.
b. Fallas renales reversible o temporal que se resuelve mediante tratamiento médico.
c. Isquemias cerebrales transitorias, los eventos cerebro-vasculares derivados del consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, y ni ningún tipo lesión ocurrida por trauma cráneo-encefálico.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

A. Declaración de Asegurabilidad: 1. ¿Has sido diagnosticado o recibido algún tratamiento o cirugía, te han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico, padeces o has padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud: 1) La presencia de anticuerpos contra el virus VIH productor del SIDA, VIH positivo o SIDA? **Si () No (X)**
2. ¿Has sufrido algún accidente o evento violento, y/o algún tipo de incapacidad grave o limitación física o mental? **Si () No (X)**
3. ¿Tomas medicamentos, o te encuentras bajo algún tipo de estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones o molestias, o cirugías pendientes? **Si () No (X)**
4. ¿Consumes bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso, o consumes sustancias psicoactivas? **Si () No (X)**
5. ¿Has sido diagnosticado o recibido algún tratamiento o cirugía, te han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico, padeces o has padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud: Enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como hipertensión arterial, infarto o enfermedades de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, diabetes, asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar, EPOC, artritis degenerativa, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales? **Si () No (X)**
6. Has recibido tratamiento quirúrgico por obesidad. **Si () No (X)**
7. Si eres mujer, ¿te encuentras en encontrarte en estado de embarazo, o tienes o has tenido enfermedades o tumores en el útero, ovario o senos? **Si () No (X)**
8. ¿Iniciaste el esquema de vacunación para la prevención de Covid-19? **Si (X) No ()**
B. Declaro en mi nombre que lo anotado en esta solicitud de seguro es verídico. Que las actividades a las que me dedico no generan ningún tipo de riesgo o amenaza contra mi vida.
C. Colmena Seguros de Vida S.A se reserva los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento o invalidez, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud al momento de aceptar el seguro, de conformidad con los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.
D. Declaro que en la fecha de expedición de esta solicitud/certificado individual he recibido en cuadernillo separado las condiciones generales de la Póliza Vida Grupo Protección Creciente, las cuales declaro conocer y aceptar.

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

* En su defecto se consideran beneficiarios los de ley, conforme lo establece el artículo 1142 del Código de Comercio

¿Has presentado reclamaciones de seguros en los últimos 2 años? **SI** **NO X**

Ten presente que en caso de contestar afirmativamente esta pregunta podrás ser contactado por nosotros para ampliar esta información.

1 de febrero

CARACTERÍSTICAS DEL PRESENTE SEGURO

"1. Vigencia del seguro: Tu seguro inicia su vigencia a partir de las 00:00 horas del día siguiente al pago efectivo de la primera prima y su duración corresponderá a la periodicidad de pago de tu prima. Recuerda que debes efectuar el pago de la prima dentro del mes siguiente a la fecha del inicio de las renovaciones de tu seguro.
2. Carencia: La cobertura para el amparo de muerte por cualquier causa inicia el día 91 contado a partir del inicio de la primera vigencia de la póliza si tu muerte ocurre como consecuencia de suicidio o SIDA. El amparo de Anticipo por Enfermedades Graves inicia cobertura el día 91 contado a partir del inicio de la primera vigencia de la póliza.
3. Terminación del seguro: Además de las señaladas en la ley, tu seguro terminará por la siguientes causas: (1) Por la falta de pago de la prima, vencido el plazo otorgado para tal fin, conforme lo establecido en el Art. 1162 C. Co. ""Salvo lo previsto en el artículo siguiente, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigirlas."" (2) Al vencimiento del término de la vigencia de la póliza, si ésta no se renueva por tu decisión, la del Banco Caja Social o Colmena Seguros de Vida S.A. (3) Cuando tú o el Banco Caja Social revoquen por escrito la póliza. (4) Cuando dejes de pertenecer al grupo asegurado, es decir dejas de ser cliente del Banco Caja Social. (5) Cuando Colmena Seguros de Vida S.A te indemnice por la cobertura de incapacidad total y permanente.
4. Irreductibilidad: Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad. Esto sin perjuicio de lo señalado en el Art. 1161 C. de Co. Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas: 1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058; 2) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador, y 3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.
5. El valor de tu prima por este seguro aumentará anualmente de conformidad con la edad que alcances y la variación de la suma asegurada, la cual se actualizará anualmente de conformidad con la UVR vigente al momento de la renovación o el siniestro según sea el caso.
6. Cuando revoques tu seguro o te separes del grupo asegurado por causa distinta del pago de un siniestro tendrás derecho a solicitar la convertibilidad de tu póliza colectiva a una póliza individual, de acuerdo con las reglas establecidas en tus condiciones generales.
7. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, te recomendamos mantenerte informado al respecto consultando nuestro portal web: www.Colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en defensordelconsumidorfinanciero@Colmenaseguros.com "

AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. Autorización Historia Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 o cualquier otra norma que la desarrolle, complemente, amplíe, modifique, o reemplace, autorizas expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A, o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. **Si (X) No ()**
2. Autorizas a Colmena Seguros de Vida S.A, a que en caso de llegar a comprobarse que tengas vigentes más certificados individuales de seguro en este producto, y que la sumatoria del valor asegurado, incluido el presente seguro, supera el máximo valor asegurado individual a contratar aprobado para este producto "Protección Creciente" (200 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes), se entenderán terminados los certificados que superen la mencionada cuantía a partir de la fecha de iniciación de su vigencia. La aseguradora devolverá las primas a que haya lugar. **Si (X) No ()**
3. Reporte De Información: Autorizas a Colmena Seguros de Vida S.A para incluir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la Información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador vigente o a cualquier central de información o base de datos. Estas autorizaciones regirán durante el periodo de vigencia del seguro. **Si (X) No ()**
4. Autorizas a que con cargo a la cuenta, tarjeta de crédito o producto financiero arriba relacionado, el Banco Caja Social realice el descuento correspondiente al valor de la prima del presente seguro, y de allí en adelante se descuenten las primas que correspondan a la renovación del mismo. **Si (X) No ()**
5. Autorizas al Banco Caja Social a suministrar a Colmena Seguros de Vida S.A, la información acerca de todos los productos vigentes y futuros que se encuentren a tu nombre, así como sus modificaciones. Igualmente, facultas al Banco para que debite de cualquiera de dichos productos en los que seas titular individual o alternativo, el valor de la prima que corresponda al producto por ti adquirido siempre que la cuenta, tarjeta de crédito o producto financiero arriba relacionado se encuentre sin fondos para cancelar el valor de la prima. **Si (X) No ()**
6. Autorizas a Colmena Seguros de Vida S.A a remitir al Banco Caja Social del seguro la información necesaria, en la forma en que este lo requiera, para que se realice el débito fraccionado de las primas de aquellos seguros que han superado el límite máximo permitido de mora sin que se haya logrado el recaudo efectivo de la prima con el fin de otorgar cobertura a nuestros asegurados y evitar la cancelación de la póliza. **Si (X) No ()**
7. Autorizas a Colmena Seguros de Vida S.A a renovar automáticamente y por un término igual al inicialmente acordado la presente póliza de seguro en las mismas condiciones iniciales salvo revocación o terminación por alguna de las causales señaladas antes de dicha fecha. **Si (X) No ()**

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de mi información personal autorizo de manera expresa y previa a Colmena Seguros de Vida S.A identificada con el NIT 901528731-1, ubicada en la Calle 72 No. 10-71 Piso 6, con Teléfono 601 5141592 y a sus cesionarios o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento sobre mi información personal, a través de medios físicos o digitales o electrónicos:

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES

Autorizo que mi huella digital sea capturada por la Aseguradora, mis datos morfológicos (los obtenidos de fotografías, grabaciones de video o captura de iris, entre otros) así como datos de salud se recolecten, almacenen, usen, circulen, supriman y, en general, se traten en procesos de identificación de condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, para garantizar la seguridad en sus instalaciones, y prevenir el fraude o suplantación. **Si (X) No ()**

Declaro que me han informado de manera adecuada y suficiente sobre las finalidades con las cuales tratarán este dato sensible, y conozco que no me encuentro obligado a autorizar su tratamiento. Sin embargo, entiendo que estos usos buscan dar más seguridad a mis datos en el desarrollo de mi relación contractual y lo encuentro razonable.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO OTROS DATOS PERSONALES

Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A (Responsable), a quien represente sus derechos y a quien llegue a actuar como cesionario de los mismos, de forma previa, expresa, inequívoca e irrevocable, a tratar mi información personal, o la de mi representado, mientras se encuentren vigentes las siguientes finalidades:

FINALIDADES ESENCIALES

1. Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la Aseguradora para ejercer labores propias de su objeto social (Encargados)(Ej: la administración del seguro para envío de pólizas, información sobre el seguro adquirido, intermediarios y reaseguradores, actividades de cobranza, entrega de correspondencia, procesos operativos o de riesgos, proveedores de tecnología entre otros). Colmena Seguros de Vida S.A implementará medidas de seguridad destinadas a proteger la identidad del titular. 2. Para solicitarme directamente, o verificar con los Operadores de Información o las Agencias de Información Comercial, nacionales o del exterior, toda la información relacionada con mi comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de mis obligaciones crediticias y la proveniente de terceros países, incluyendo información relacionada con los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social. También para consultarla, confirmarla, reportarla, analizarla, actualizarla, conservarla y retirarla. 3. Para transferirla a Autoridades nacionales o internacionales en cumplimiento de las normas, referidas a la prevención de actividades ilícitas y al intercambio o suministro de información para efectos tributarios. 4. Para actualizar, conservar, procesar, recopilar y utilizar mi información personal, y/o la documentación entregada en virtud de la relación contractual. 5. Para que me brinden asesoría o asistencia para administrar los productos y servicios de la entidad. 6. Para enviarme a la dirección de correo electrónico y demás datos de contacto que registre, las comunicaciones y reportes de tipo legal y comercial que se requieran. 7. Para compartir mis datos de contacto y de titularidad de productos financieros con las entidades que forman parte de la Organización liderada por la Fundación Grupo Social a la que Colmena Seguros de Vida S.A pertenece, para ofrecer sus productos y servicios que son complementarios a los ofrecidos por la Aseguradora. Las empresas que conforman la Organización liderada por la Fundación Grupo Social se encuentran publicadas en el aviso de privacidad que podrá consultar en la página web de la Entidad. https://www.Colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx.
Si (X) No ()

FINALIDADES NO ESENCIALES

1. Para realizar estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses. **Si (X) No ()**
2. Para el ofrecimiento de bienes, productos o servicios financieros complementarios a los adquiridos con la Aseguradora. **Si (X) No ()**
3. Para el ofrecimiento de bienes, productos y servicios que puedan ser de mi interés, mediante la realización de campañas comerciales o el desarrollo de convenios de marca compartida. **Si (X) No ()**

Con la firma de la presente autorización declaro que me fueron informados los aliados y terceros con quienes se compartirá la información para cada una de las anteriores finalidades y que se me informó de manera clara que los podré consultar en la página web www.Colmenaseguros.com y que dicha información se actualizará cada vez que surjan cambios en los aliados y terceros.

CON LA FIRMA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE:

Este documento es una solicitud de seguro, por lo tanto su validez como póliza de seguro requiere de la aceptación de Colmena Seguros de Vida S.A. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por ti excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de Colmena Seguros de Vida S.A, caso en el cual Colmena Seguros de Vida S.A informará de manera formal por escrito.

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

Fecha de Expedición de este Certificado: **20251111**

INDICE – DER (N° 2)
NUT RNEC:
3p816kc1xbpl

Un producto de:

Katerin Hernandez

Firma Asegurado



Katerin Hernandez

Firma Titular Cuenta ó Tarjeta

Firma Autorizada
Colmena Seguros de Vida S.A

Tomador: BANCO CAJA SOCIAL
Nit: 860.007.335.4
CRA 7 No. 77 - 65 (Bogota)

Colmena Seguros de Vida S.A-

Efectuado por: A2L6D1O3 - ANGIE LIZZETH LOPEZ DIAZ
Nit: 800226175-3

30/03/2021-1432-A-34-34202_V1_03/2022-0R00
Referencia a Condiciones generales 21/12/2021-1432-P-34-34202_V1_12/2021-0R00

Referencia a Nota Técnica 21/12/2021-1432-NT-P-34202_V1_12/2021

Hora: 122545 Máquina: A005/A2O3

BANCO CAJA SOCIAL / Colmena Seguros / Cliente