

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/I

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
AGUDELO BARACALDO, LUIS HUMBERTO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
14/01/1979	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7535314			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			6067441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/I

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/I</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/2

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
ALZATE MARULANDA, CARLOS MARIO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
25/02/1991	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			1099682963				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			3204809705						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/2

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ALZATE PINZON, DIEGO MAURICIO	CC 102672965	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ALZATE ALFONSO, SANTIAGO	TI 102872488	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSORIO PIÑEROS, EMMANUEL	TI 1098576287	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ALZATE OSORIO, SAMUEL	RC 1098576404	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSORIO PIÑEROS, PAULA ANDREA	CC 1099683132	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RINCON ALZATE, OSCAR JAVIER	CC 1099683373	Primos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RINCON FAJARDO, MARIA PAULA	TI 1099683952	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/2

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/2

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/3

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
BURGOS GIRALDO, SERAFIN -			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
25/07/1965	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4525888			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441774					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/3

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ALZATE , MARIA SOLEDAD	CC 24582815	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BURGOS , MARIA DEL CARMEN	CC 24995524	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BURGOS GIRALDO, CLARA INES	CC 24995572	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BURGOS , JESSICA	CC 1097406769	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/3

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/4

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CASTRO GALLON, LUIS FERNEY			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
22/06/1982	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4526100			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/4

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CARDONA , MARIA ADIELA	CC 30285550	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BARRAGAN CANO, ANTONELLA	RC 1094728921	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/4</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/5

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CASTRO GALLON, NELSON IVAN			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>				<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
01/10/1984	Masculino					Cédula de Ciudadanía		4526146			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>					<b>N° Telefónico /Celular</b>			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/5

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CASTRO , JOSE HERNAN	CC 4525808	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CASTRO , JESUS ANTONIO	CC 4526023	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
HERRERA , GLORIA AMPARO	CC 24578942	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
GALLON GALLON, ROSALBA	CC 24995295	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ARENAS HERRERA, YENIFER	CC 1094728114	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CASTRO , JAVIER ALBERTO	CC 1094728359	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/5

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

CARÁTULA - CERTIFICADO



RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/5

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025

**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/6

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
DUQUE TORRES, JOSE FERNANDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
12/09/1977	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		89008535			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7496465				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/6

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/6</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/7

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
GARCIA LONDOÑO, CESAR AUGUSTO			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
15/01/1966	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18463703				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/7

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GARCIA , JULIO HERNANDO	CC 18462346	Hermano
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/7

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/8

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GONZALEZ LOPEZ, JOHAN EDILSON			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
31/01/1985	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9790954			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/8

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GONZALEZ QUINTERO, DARIO	CC 4422099	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LOPEZ RAMIREZ, ALMERY	CC 24659122	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GONZALEZ LOPEZ, NATALIA	CC 1096645935	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/8

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/9

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
HEREDIA MARULANDA , JHON JAMES			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA					
7			9			2024		6		10		2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
24/06/1964	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			79324798				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/9

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
LOPEZ , JUAN FELIPE	CC 1121933514	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LOPEZ , MARIA FERNANDA	CC 1121954318	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/9</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/10

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
JARAMILLO Bernal, FABIAN -			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
02/03/1970	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7558971				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			3103892220						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/10

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GARCIA , OSCAR ALBERTO	CC 7543984	Otros
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/10</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/11

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
JIMENEZ , LUIS FERNANDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
17/07/1967	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		7553155			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7346297				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/11

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/11

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/12

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
MONTOYA ACOSTA, DUBERNEY -			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
25/01/1967	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			10172992			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/12

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MONTOYA , LUIS FELIPE	CC 101729922	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
MONTOYA , KATERINE	CC 101729923	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
MONTOYA ACOSTA, LUIS EDUARDO	CC 101729924	Hermano
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
VALENCIA , MARILUZ	CC 101729925	Cónyuge
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
VALENCIA POVEDA, MICHEL TATIANA	CC 101729926	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
VARGAS , KEVIN ANDRES	CC 101729927	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/12

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/12

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/13

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
MORALES VEGA , JHON FREDY			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
11/06/1970	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18415346			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/13

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	2148/13

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/14

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PEDRAZA CARMONA, WILLIAM ANDRES			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
07/05/1981	Masculino				Cédula de Ciudadanía		18470430			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/14

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
OCAMPO VARGAS, SANDRA MILENA		Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
HOLGUIN OCAMPO, MANUELA		Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
MARIA PEDRAZA, JESUS		Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
PEDRAZA , SARAH GABIRELA		Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/14

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/15

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
HENAO SIERRA, JULIAN			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
13/06/1997	Masculino	Quimbaya			Cédula de Ciudadanía		1097040018			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
mz 10 # 6, Barrio cacique			julianhenao1097@gmail.com			573017724245				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/15

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
SIERRA HERNANDEZ, SANDRA PATRICIA	PR 863191	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HENAO VANEGAS, ALBEIRO DE JESUS	PR 863192	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
SIERRA HERNANDEZ, CINDY ALEJANDRA	PR 863193	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSPINA CIRO, ALEJANDRA	PR 863194	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HENAO OSPINA, MATIAS	PR 863195	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/15

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/15

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/16

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RAMIREZ MORENO , YIMMY			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
19/02/1978	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		89009799			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/16

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
RAMIREZ LEMUS, KAROL DAYANA	CC 1005090898	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ LEMUS, NATALIA	CC 1094978235	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/16

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/17

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RIOS CASTAÑO, SERGIO			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
03/10/1965	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7548262			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/17

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
RIOS CASTAÑO, LUZ ALICIA	CC 24603218	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RIOS , ANGELICA MARIA	CC 1098310194	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VARGAS , LEONARDO ANTONIO	CC 1098312753	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RIOS , JENNY MILENA	CC N0001098310194	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/17

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/18

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
SARMIENTO ARCILA, FERNANDO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
15/02/1970	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7549277				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/18

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/18

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/19

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
SUARES QUICENO, CARLOS ANDRES			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
28/07/1958	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18492005				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/19

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
SUAREZ , ANDRES FELIPE	PR 1122992	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
SUAREZ , GERONIMO	PR 1122993	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
SUAREZ CARDONA , IUANITA	PR 1122998	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
SUAREZ , ISMAEL ENRIQUE	PR 1123001	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CARDONA , DIANA CAROLINA	PR 1123002	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
SUAREZ , SANDRA MILENA	PR 1123003	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
RESTREPO HERRERA , EMILIA	PR 1123004	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/19

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/19

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/20

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
VEGA TRUJILLO, CARLOS HUMBERTO			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA					
7			9			2024		6		10		2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
29/06/1971	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18223792				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			3156289663						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/20

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
URREA LOPEZ, JORGE IVAN	CC 9773460	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GIL MONTOYA, MARIA GRACIELA	CC 25014705	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
LOPEZ GIL, LUZ CONSTANZA	CC 25020835	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GIL MONTOYA, LUZ ANDREA	CC 25026660	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GIL MONTOYA, KAROLL XIMENA	TI 1090276465	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RIVERA OROZCO, IHEFERSON STIVEN	CC 1091268111	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/20

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/20

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/21

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
VILLA MENDOZA, HUGO FERNANDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
05/06/1973	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18415919			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7537147			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/21

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/21

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/22

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
VILLANUEVA PLAZAS , HARBAY			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
01/04/1963	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		4407788			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/22

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MAYORGA ORDOÑEZ, LUZ DARY	PR 846894	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VILLANUEVA MAYORGA, OSCAR ALBERTO	PR 846895	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VILLANUEVA MAYORGA, JUAN DAVID	PR 846896	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VILLANUEVA MAYORGA, LAURA DANIELA	PR 846897	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VILLANUEVA PLAZAS, ARLEX	PR 846898	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VILLANUEVA PLAZAS, MELVA	PR 846899	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/22

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/22

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/23

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
ALVAREZ ARENAS, RAFAEL			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
12/03/1982	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9930205			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/23

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ALVAREZ , GUSTAVO	CC 4564616	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ALVAREZ , JOHANA	CC 9725021	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GUTIERREZ , SANDRA VIVIANA	CC 41957420	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ALVAREZ , JUAN MANUEL	TI 1092855105	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/23

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/24

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
ARANGO ABRIL , JOSE ORLANDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
06/08/1968	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			9807139				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/24

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/24

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/26

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
BELTRAN MURILLO, GONZALO -			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA					
7			9			2024		6		10		2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
28/02/1980	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9734422				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7484899						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/26

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
HERNANDEZ MURILO, EDILSON	CC 7534872	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LEAL HERNANDEZ, PATRICIA .	CC 41958777	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CALDERON OTAVO, JOSE ALFREDO	CC 93135491	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BELTRAN LEAL, ESTEFANIA .	TI 1005094393	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HERNANDEZ , IHON EDISON	CC 1094931660	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARAVITO SOTO, TAMARA	TI 1094965313	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BELTRAN GARAVITO, ALBER STEVEN	CC 1136911156	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CALDERON GARAVITO, MATIAS	RC 1188973460	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/26

3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los  
Miembros del Grupo Asegurado

2 600 000,00

0,00

**IMPORTANTE**

1. Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
2. El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
3. Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
4. Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
5. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/26

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/27

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.		<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA		<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com		<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>			

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
BENITEZ VÉLEZ , CESAR AUGUSTO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
18/04/1973	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		4423841			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/27

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CAMACHO LONDOÑO, ZORAIDA	CC 24816204	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BENITEZ OTALVARO, VALERIA .	TI 1005206595	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
SANCHEZ CAMACHO, SOFIA	CC 1091202919	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VELEZ CAMACHO, VICTORIA DEL PILAR	TI 1091205050	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BENITEZ HENAO, TATIANA	CC 1094964891	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BENITEZ OTALVARO, ANDRES FELIPE	TI 1096644261	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/27

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/27

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/28

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
BETANCUR ROMERO, CRISTIAN DAVID			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
09/03/1986	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		1098306453			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				3208021606			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/28

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
HERRERA , GERMAN DARIO	CC 9773526	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ROMERO , BLANCA EMILIA	CC 24601927	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BETANCUR , JUAN ESTEBAN	TI 1092853714	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LERMA BETANCUR, ORIANA	RC 1092854901	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BETANCUR ROMERO, XIOMARA	CC 1094884351	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PEÑA RAMIREZ, PAULA ANDREA	CC 1098306091	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LEIMA , MICHEL SOFIA	TI 1098309974	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PINILLA , LINDA LUCIA	CC 1098310884	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00

**RAMO: EXEQUIAS****EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO****N° PÓLIZA MATRIZ:****2148/28**

3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HERRERA , GERMAN DAVID	CC 1098546316	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (1) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/28

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/29

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CAICEDO GAVIRIA, JHON WILSON			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
26/08/1964	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18494450			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/29</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

<b>DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>N° DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>PARENTESCO</b>
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/29

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/30

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE				HASTA	
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
CARDONA FRANCO , JHON JAMES			FAMILIAR PLUS			DESDE				HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
24/11/1984	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9930341				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			3117564112						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/30

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CARDONA FRANCO, ALEXANDER	CC 9930009	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	3 000 000,00	0,00
CARDONA FRANCO, FRANCISCO JAVIER	CC 9930070	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	3 000 000,00	0,00
FRANCO , YANETH	CC 25120068	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	3 000 000,00	0,00
OSORIO PINTO, PAULA ANDREA	CC 99303412	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	3 000 000,00	0,00
CARDONA FRANCO, ADRIANA MARIA	CC 99303413	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	3 000 000,00	0,00
DIAZ , ALBERTINA	CC 99303414	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	3 000 000,00	0,00
CARDONA DIAZ, JUAN MIGUEL	TI 1094897987	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	3 000 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/30

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/30

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/31

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CARLOSAMA GIRALDO, DIEGO ALEJANDRO			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
01/09/1982	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9801979			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/31

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MORALES RODRIGUEZ, DANIELA	CC 1032096023	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CARLOSAMA MORALES, SANTIAGO	RC 1090282041	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/31</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/32

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CASTAÑO PEREZ , JOSE OVIDIO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
27/11/1970	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18491166			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/32

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/32</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/33

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CARVAJAL LOPEZ, JOHANY			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
20/01/1978	Masculino	Quimbaya			Cédula de Ciudadanía		18468375			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
conj. av de popoco t 7 ap 101			johanycarvajallo4@gmail.com							

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/33

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CARVAJAL LOPEZ, EDGAR	PR 1119013	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CARVAJAL LOPEZ, SERGIO	PR 1119021	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CARVAJAL LOPEZ, DENNIS	PR 1119022	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CARVAJAL LOPEZ, ARIELA	PR 1119023	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CARVAJAL LOPEZ, DARIO	PR 1119026	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CARVAJAL LOPEZ, HERNANDO	PR 1119027	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CARVAJAL LOPEZ, LUZ STELLA	PR 1119028	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/33

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/33

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/34

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CHAVARRIAGA FLOREZ , OCTAVIO ANTONIO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
24/06/1973	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			94406286			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/34

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
FERNANDEZ CAMPO, GILENIA	CC 244963779	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MONTOYA JIMENEZ, MARIA ALEJANDRA	CC 1005095805	Nuera - Yerno
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CHAVARRIAGA ESPITIA, OCTAVIO	CC 1096036848	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CHAVARRIAGA , EVELYN TATIANA	CC 1096038890	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/34

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/35

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
COTTE PEÑA, FREDDY LEONARDO			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
01/01/1968	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4565082				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/35

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
COTTE , JORGE ENRIQUE	CC 4564950	Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
COTTE PEÑA, CESAR AUGUSTO	CC 4565276	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VELASQUEZ SERRANO, MARIA ISABEL	CC 25120569	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
COTTE VELASQUEZ, SANTIAGO	CC 1095138391	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
COTTE VELASQUEZ, KAREN DANIELA	TI 1095180675	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
COTTE SANCHEZ, LUISA FERNANDA	TI 99101804379	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/35

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/35

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/36

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
ESPITIA RIVERA, ARMANDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
29/12/1962	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18462120			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/36

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ORREGO , MIGUEL ANTONIO	CC 4529119	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VALERO ORREGO, HERNANDO	CC 4532285	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ESPITIA RIVERA, IHOANY	CC 18464041	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RIVERA , MARIA ELSA	CC 25014308	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ESPITIA , EYASNYIN	CC 79354858	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BAUTISTA CAPERA, JUAN	CC 79354860	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/36

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/36

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/37

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
FLORIAN CARDENAS, JHON JAIRO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
05/11/1964	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18388739			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
MUNOZ MUNOZ, MARTHA LIGIA	CC 41909162	100%	Cónyuge

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/37

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MUNOZ MUNOZ, MARTHA LIGIA	CC 41909162	Cónyuge
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/37</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/38

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
GALVIS RUEDA, ALDEMAR			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
09/10/1978	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9730722				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/38

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GALVIZ SUAREZ, LUIS ENRIQUE	CC 5745421	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
DIAZ PERDOMO, IHON JAIME	CC 7553766	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GALVIS RUEDA, RIGOBERTO	CC 18420502	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CALLE ALVAREZ, MARIA SOFIA	CC 24812013	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RUEDA GUALDRON, SOCORRO .	CC 28284616	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
DIAZ CALLE, YENNY MARCELA	CC 1097725434	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/38

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/38

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/39

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GARCIA BURGOS, RODRIGO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
14/03/1969	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			4525814				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/39

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/39</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/40

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GARCIA GALLEGU, LEONARDO			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
19/07/1973	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			18496913				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/40

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GOMEZ SALGADO, GLORIA PATRICIA	CC 41915145	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
FORERO TAFOR, VALERIA	CC 1035235512	Nuera - Yerno
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA RUIZ, JACOBO	RC 1089641925	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA SALAZAR, JEISSON	TI 1092463282	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA GOMEZ, ANA SOFIA	TI 1092851946	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA FORERO, CELESTE	RC 1094728926	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA RUA, DIEGO FERNANDO	CC 1094944729	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/40

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/40

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/41

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
DE LA PAVA MONCADA , JOHAN			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
02/12/1990	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		1094917199			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/41

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MONCADA, CONSUELO	CC 41887811	Padres
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/41

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/42

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GIRALDO LONDONO, HUMBERTO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
08/02/1965	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18463176			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/42

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/42</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/43

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GIRALDO MOSCOSO, LUIS EDUARDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
20/09/1959	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			7516568				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/43

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GIRALDO GIRALDO, GIOVANY ANDREI	CC 10004509	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
GIRALDO , JUAN SEBASTIAN	TI 1139875009	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/43</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/44

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GOMEZ CARRILLO, HECTOR FERNANDO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
08/07/1960	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7534352			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/44

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/44</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/45

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
GOMEZ GOMEZ , LUIS FERNANDO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
14/06/1957	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4426868				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/45

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GOMEZ , JORGE	CC 9801553	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GOMEZ , ANDRES FELIPE	CC 1094942028	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GOMEZ , LUISA FERNANDA	CC 1094942030	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/45

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/46

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GALLEGO MOLINA, EDILSON ALBERTO			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
07/02/1977	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		4565460			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/46

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MOLINA DE GALLEGO, LUCY	CC 24602257	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
TABARES GALVEZ, ALEJANDRA MARIA	CC 25120871	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GALLEGO TABARES, MARIANA .	TI 1005308999	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GALLEGO TABARES, JUAN CAMILO	TI 1098336006	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GALLEGO TABARES, CRISTIAN ANDRES	CC 1098337519	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ESCOBAR GALLEGO, MARIA ALEJANDRA	TI 1098337542	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/46

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/46

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/47

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GONZALEZ GALEANO , WILMER HUMBERTO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
23/10/1974	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18435533			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/47

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CEBALLOS , SANDRA LILIANA	CC 66963431	Cónyuge
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- Autorización Histórica Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 o cualquier otra norma que la desarrolle, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/47

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/48

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GRAJALES RIOS , LUIS FERNANDO			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
19/02/1958	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18415349			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/48

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GRAJALES RIOS, ORLANDO DE JESUS	CC 6354081	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RIVERA RODRIGUEZ, LILIANA PATRICIA	CC 21469572	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GRAJALES RIOS, MARTHA IRENE	CC 24812841	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ RIVERA, SANTIAGO	CC 1005092172	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ RIVERA, JUAN DIEGO	CC 1007438152	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GRAJALES , IHON EDISON	CC 1097037495	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
QUINTERO GRAJALES, DIANA MARCELA	CC 1097725895	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/48

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/48

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/49

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GRISALES ATEHORTUA, DAVID FERNANDO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
19/02/1992	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			1094925956			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
			EPQSST@GMAIL.COM			3148281889					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/49

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/49</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/50

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GUERRERO MARIN, JOSE JAIR			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
05/09/1968	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4403530			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/50

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GUERRERO MARIN, CARLOS ARTURO	CC 4404403	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MARTINEZ GUERRERO, JHON FREDY	CC 4404418	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSPINA RIOS, LUZ MERY	CC 24808340	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GUERRERO OSPINA, JUAN ESTEBAN	TI 1004918108	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GUERRERO AGUDELO, YENNY FERNANDA	CC 1054991886	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GUERRERO CALLE, EMILIANO	RC 1058143732	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MARTINEZ GUERRERO, CAMILO	CC 1096006699	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GUERRERO AGUDELO, VIVIANA ISABEL	CC 1097726257	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00

## RAMO: EXEQUIAS

## EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/50

3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MONCADA GUERRERO, GABRIELLA	TI 1097731456	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (1) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/50

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/51

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
HENAO LONDONO, SAUL			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
29/03/1968	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18413745			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				3123586349			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/51

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/51

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/52

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
HENAO MARTINEZ, CESAR ALBERTO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
23/04/1980	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9725797			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
HENAO LOAIZA, JUANITA	PR 1109675	100%	Hijo(a)

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/52

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MARTINEZ ESPINOSA, RUBY	PR 1109673	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
HENAO GIRALDO, LUIS ALBERTO	PR 1109674	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
HENAO LOAIZA, JUANITA	PR 1109675	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
HENAO MARTINEZ, JESSICA NATALIA	PR 1109676	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
PEÑA HENAO, MATIAS	RC 1109677	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
GONZALEZ ZAPATA, KATHERINE	PR 1109678	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
LOAIZA MORALES, LINA	PR 1109679	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/52

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/52

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/53

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
GOMEZ FAJARDO , CESAR AUGUSTO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
31/01/1965	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7546088				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/53

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/53

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/54

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GUTIERREZ BOTERO, JOSE MANUEL			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
24/04/1963	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18411668			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/54

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/54</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/55

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
HERRERA CARRILLO, RODOLFO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
12/07/1980	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9975731			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
VALENCIA LOAIZA, SANDRA MILENA	CC 1098336191	100%	Cónyuge

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/55

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
FURQUE GIRALDO, CARLOS FERNANDO	CC 4565173	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ALZATE ROJAS, YESID	CC 6009365	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VALENCIA LOAIZA, LUIS OCTAVIO	CC 9930334	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
FURQUE NIETO, SANTIAGO	TI 1005089762	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HERRERA VALENCIA, DANIEL ALEJANDRO	CC 1091203231	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
FURQUE NIETO, LUISA FERNANDA	CC 1094954358	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VALENCIA LOAIZA, SANDRA MILENA	CC 1098336191	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/55

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/55

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/57

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
HURTADO HERRERA , GILBERTO ANTONIO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
07/03/1970	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		9807604			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/57

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
HURTADO CARDONA, HUMBERTO	CC 9805537	Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ROA VERA, MAYERLY	CC 24675660	Primos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RENDON ROA, VALENTINA	CC 1005367368	Primos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MARTINEZ MEDINA, JUAN PABLO	CC 1094884050	Primos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/57

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/58

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
HOYOS GUTIERREZ, DUVALIER			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
07/09/1984	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4408743			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/58

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/58</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/59

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
LONDOÑO LLANO , ORLANDO			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
20/12/1967	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4524305			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/59

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CORREA LONDOÑO, LUIS FERNANDO	CC 4523388	Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HERRERA LONDONO, JAVIER HUMBERTO	CC 4524128	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
SALAZAR CAMACHO , CLAUDIA .	CC 41929391	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HERRERA SALAZAR, JUAN DAVID	CC 1099709355	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/59

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/60

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
LOPEZ VELAZQUEZ, JOSE ALDEMAR			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
18/12/1966	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			75037451			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/60

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
LUZ MIRIAM, ROMAN MURILLO	CC 24659714	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LOAIZA MORALES, NORMA ANDREA	CC 42131403	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LOPEZ VELASQUEZ, DELIO DE JESUS	CC 75037373	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA GARCIA, DIEGO MAURICIO	CC 1096644611	Nuera - Yerno
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ZUÑIGA LOPEZ KLEXYMAN	CC 1096644655	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LOPEZ ROMAN, LEYSE MAYENI	CC 1096645039	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA BORJA, JOHAN MAURICIO	TI 1096645191	Primos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/60

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/60

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/61

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>											
LORA GARZON, JOSE MANUEL			Plan Abierto I			DESDE	HASTA										
7			9			2.024			6			10			2.025		
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>									
01/07/1970	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4525842									
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>											
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			5675470											

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/61

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
JIMENEZ RIOS, LUZ MERY	CC 24995732	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ARANGO LORA, SOFIA	TI 1094728248	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LORA JIMENEZ, MARIA ALEJANDRA	CC 1094728549	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
TORRES LORA, MICHELL	TI 1094728688	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/61

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/62

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GOMEZ CIFUENTES, JUAN DIEGO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
26/11/1975	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18435554			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/62

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ARIAS ALZATE, VICTOR MANUEL	CC 80794644	Nuera - Yerno
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CIFUENTES CARDONA, VICTORIA	TI 1092465039	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/62</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/63

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
MADRID ORREGO, JUAN DE JESUS			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
10/08/1972	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		10001730			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				6067441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/63

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MADRID ORREGO, ANTONIO JAVIER	CC 18416801	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MADRID ORREGO, GLORIA INES	CC 25021769	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ORREGO MARIN, MARIA ANGELICA	CC 34051065	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MADRID ORREGO, JAIME ALBERTO	CC 1007376383	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MADRID ORREGO, DIEGO ALEXANDER	CC 1007376406	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MADRID OCAMPO, VALERIA	RC 1095208910	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MADRID ORREGO, CLAUDIA ISABEL	CC 1097033715	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/63

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/63

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/64

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
MARIN GAVIRIA, JHON ALEXANDER			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
03/10/1985	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		9773719			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/64

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MARIN GAVIRIA, JAVIER ALENCER	CC 18497681	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GAVIRIA DE MARIN, SOLEDAD	CC 24480390	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MARIN CIFUENTES, SEBASTIAN	CC 1091885022	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
SUAREZ CALDERON, YULY KATHERINE	CC 1125273097	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/64

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/65

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
MEZA VELASQUEZ, GUILLERMO ANDRES			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA					
7			9			2024		6		10		2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
21/05/1986	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			1097032352				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/65

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MEZA HOYOS, JOSE GUILLERMO	CC 18460717	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VELASQUEZ GOMEZ, GERTUDIS	CC 25020783	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CORTES NANEZ, ZORALBA	CC 25021974	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MEZA MORALES, MANUELA .	RC 1095270156	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MEZA MORALES, MARTIN	RC 1095271695	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MORALES CORTES, ERIKA TATIANA	CC 1097035352	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VELEZ CORTES, JUAN ESTEBAN	CC 1097040467	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/65

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/65

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/66

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
JARAMILLO FLOREZ , JORGE			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
21/05/1954	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			6457567				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7471957						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/66

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/66

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/67

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
LOPEZ PIOQUINTO, ALFONSO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
05/01/1957	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		17313510			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/67

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/67</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/69

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
MOSCOSO CIFUENTES, GUIOVANNI -			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
27/02/1971	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7561732			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7462570					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/69</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

<b>DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>N° DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>PARENTESCO</b>
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
 La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/69

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/70

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
MUÑOZ HENAO , JORGE ELIECER			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
19/01/1987	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			1130669527				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/70

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MUNOZ GUEVARA, JORGE ELIECER	CC 16733466	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CASTRO HENAO, MARIA EMMA	CC 24465389	Abuelos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MUÑOZ HENAO, PAOLA ANDREA	CC 38604239	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ENSUEÑO GUEVARA, MARIA	CC 38941388	Abuelos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
IURADO , CRISTIAN CAMILO	TI 1095269023	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CANIZALEZ MORA, KAREN	CC 1097037437	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
IURADO , FLOR ELIANA	TI 1115191774	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/70

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/70

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/71

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
OROZCO GONZALEZ, JHON JAIRO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
20/02/1963	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		79121620			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/71

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GONZALEZ MORENO, RUBY	CC 25119050	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PADILLA SANCHEZ, MARIA INES	CC 25119621	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MOSQUERA PINE, MONICA	TI 1098336254	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MOSQUERA PINE, JORGE	CC 1117962596	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PINEDA FLOR, OLGA LUCIA	CC 1117965327	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/71

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/71

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025

**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/72

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
OROZCO , NELSON			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
11/12/1958	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			10229071			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7541059					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/72

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CARDONA , JORGE DUVIER	CC 9806890	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
BALBUENA , SEBASTIAN	CC 1807408615	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/72

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/73

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
OROZCO ORTIZ, YULIAN ANDRES			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
02/04/1985	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4408851			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			3218484546					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/73

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
OROZCO SALAZAR, RAFAEL ANTONIO	CC 4406554	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OROZCO ORTIZ, RAFAEL ANTONIO	CC 18492738	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ORTIZ DE OROZCO, LUZ MARINA	CC 24602341	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ORTIZ GARCIA, EUNICE	CC 24602628	Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VILLANUEVA MAYORGA, LAURA DANIELA	CC 1098309685	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OROZCO VILLANUEVA, IACOBO	RC 1098313953	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OROZCO PATIÑO, YULIAN STIVEN	CC 1125268173	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/73

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/73

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/74

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
ORTIZ TORO, GERMAN LEANDRO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
11/06/1987	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			1094892252			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			31634487280					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/74

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/74

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/75

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
OSPINA OSORIO, YEISON			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
07/06/1987	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		1098336199			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/75

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
OSPINA , HERNANDO	CC 4564883	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSORIO , MARIA ELSY	CC 25120265	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RIOS , SANDRA	CC 25120654	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSPINA , IHULIANA	CC 1098336637	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OROZCO , SAMANTHA	TI 1098336927	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/75

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/75

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/76

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
MORALES MESA , CARLOS FERNANDO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
10/06/1988	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			1094897244			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/76

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MESA ARBELAEZ , MARINA	CC 24604683	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MUÑOZ RIOS , KELLY JOHANA	CC 1088328627	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ARANGO MESA, VIVIANA	CC 1098306387	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
MORALES MUÑOZ , ALAN SMIT	NU 1142521048	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/76

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/77

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
MOSQUERA BAENA, ARNULFO -			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
28/04/1972	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18493359				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7485728						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/77

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/77</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/78

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
NARANJO GARCIA , ALVARO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
19/12/1965	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			18463679				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/78

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
NARANJO GARCIA , DIEGO	CC 18462562	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HERRERA JIMENEZ , ALEYDA ROSA	CC 25016488	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
NARANJO RESTREPO , RICARDO ARTURO	CC 1097036908	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
NARANJO JARAMILLO , JUAN PABLO	CC 1097039675	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
NARANJO RODRIGUEZ , DIEGO FERNANDO	CC 1097041251	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/78

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/78

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/79

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
OSORIO OCAMPO , JORGE WILLIAM			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
26/12/1968	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			9800532				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/79

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MONTES , ALEJANDRA	CC 1094937668	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ALDANA , MARIANGEL	RC 1094966334	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSORIO , LAURA CRISTINA	CC 1099682572	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSORIO PIÑEROS, PAULA ANDREA	CC 1099683132	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSORIO , DIEGO ALEJANDRO	CC 1099683960	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OSORIO , LAURA VICTORIA	RC 1099684382	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/79

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/79

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/80

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PAREJA LINARES, JOSE LIBANIEL			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
16/03/1963	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		7541611			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7388276			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	2148/80

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES		
NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
AMAYA GOMEZ, LUZ MARINA	CC 24674235	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RODRIGUEZ PAREJA, ANGELICA MARIA	CC 52664878	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PAREJA RENDON, ERIKA VIVIANA	CC 1094909897	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ZAMUDIO AMAYA, MARIBEL	CC 1097727503	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/80

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/81

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
PARRA FLOREZ , LUIS GUILLERMO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
22/12/1985	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18403215				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/81

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
FLOREZ , GLORIA INES	CC 24579529	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
SANCHEZ , CLAUDIA MARCELA	CC 1047400439	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
FLOREZ , MARIA GLADIS	CC 1091410928	Abuelos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BARRERA , MONICA	CC 1094114938	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PARRA , SAMUEL	TI 1095532659	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PARRA , MANUELA	CC 1095553421	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PARRA , SEBASTIAN	RC 1097410344	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/81

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/81

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/82

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PERDOMO GIRALDO, MILLER ANTONIO			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
21/03/1984	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		9930322			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/82

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PERDOMO , MIGUEL ANTONIO	CC 17629327	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
PERDOMO GUEVARA, VALERIA	CC 1097468087	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PERDOMO GUEVARA, GERONIMO	TI 1097468147	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PERDOMO GUEVARA, EMMANUEL	RC 1097468194	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GUEVARA NARVAEZ, YESICA	CC 1098336714	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PERDOMO GUEVARA, MARIA VICTORIA	RC 1098337619	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PERDOMO GUEVARA, JUAN	TI 10974681106	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/82

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/82

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025

**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/83

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PEREZ , PEDRO JOSE			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
27/06/1978	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4526022			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BARRERA LANCHEROS, YOLANDA	CC 29532545	100%	Cónyuge

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	2148/83

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

<b>DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>N° DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>PARENTESCO</b>
PEREZ , ADANSILVA	CC 5571852	Hermano
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PEREZ , MARIA AUXILIA	CC 27968654	Padres
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
BARRERA CARDENAS, YOLANDA	CC 29332549	Cónyuge
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
BARRERA SEPULVEDA, JORGE ALBERTO	TI 1091884398	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PEREZ BARRERA, VALENTINA	TI 1094728101	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PEREZ BARRERA, CAMILO	CC 1094728854	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/83

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/83

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/84

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PINEDA PINEROS, JAIRO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
05/05/1967	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18490411			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/84

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PINEDA PIÑEROS, LUZ MARY	CC 24602060	Hermano
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00
GOMEZ GARCIA, ALBA LUCIA	CC 29918230	Cónyuge
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PINEDA GOMEZ, DANIELA	CC 1007361156	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PINEDA , CLAUDIA LILIANA	CC 1098307684	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PINEDA PENA GOMEZ, LUIS EDUARDO	CC 1098310562	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PINEDA , JAVIER ANDRES	CC 1098312512	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PINEDA ORTEGA, DANIEL SANTIAGO	RC 1098313934	Nietos
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/84

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/84

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/85

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PINO PEREZ, JHON FREDY			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
08/09/1978	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18436002			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/85

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
VILLEGAS ANGEL, MARINA	CC 33818808	Suegros
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- Autorización Histórica Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 o cualquier otra norma que la desarrolle, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/85</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/86

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PINZON OLIVEROS , JULIO HERNAN			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
16/03/1986	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			1096032080			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/86

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES		
NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/86</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/87

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RAMIREZ RODRIGUEZ, ISRAEL			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
22/09/1966	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7550832			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			3104897854					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/87

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
RAMIREZ RODRIGUEZ, RIUBIEL	CC 7542258	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ RODRIGUEZ, NELSON	CC 7544759	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ RODRIGUEZ, LEIDY	CC 41906924	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PIÑEROS CANO, MISDOCIA	CC 41917638	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ RODRIGUEZ, SANDRA LORENA	CC 1094896410	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ PIÑEROS, JESSICA VIVIANA	CC 1094924182	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CALDERON , DIEGO ANDRES	CC 1094924668	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/87

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/87

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/88

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RENGIFO SANCHEZ, JUAN DE DIOS			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
04/08/1959	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9805092			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/88

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/88</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/89

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RINCON VILLADA, JOSE EVER			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
12/09/1959	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			4375202			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/89

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
RINCON , ISABEL CRISTINA	CC 1096036368	Hijo(a)
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/89

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/90

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
BETANCOURT , JULIAN PINO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2024		6		10		2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
08/11/1959	Masculino	Andalucía			Cédula de Ciudadanía			6110072				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>					<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CR 5A NRO 8 15												

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/90

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/90

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/91

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RENGIFO LÓPEZ, YEIM LARRING			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
29/04/1973	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18466744			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/91

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
GUERRERO RODRIGUEZ, MARIA ANGELICA	CC 52130980	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
RUBEN DARIO, SALGADO GUERRERO	CC 1024509185	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
SALGADO , CINDY PAOLA	CC 1024563260	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
SALGAO , ANGIE JULIETH	CC 1024563261	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
SALGADO GUERRERO, LUISA MARIA	CC 1024576138	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
RENGIFO RESTREPO, SEBASTIAN .	TI 1088266129	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
OCHOA SALGADO, DANNA SOFIA	TI 1140935135	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/91

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/91

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/92

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
TRIANA SOLANO, JHON JAIRO			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
17/10/1971	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			7563352			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/92

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ARCILA PEDROZA, MARIA ANGELICA	CC 41948739	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
TRIANA OCAMPO, ANA MARIA	CC 1094951555	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
TRIANA OCAMPO, IHON ANDERSON	CC 1098313027	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/92

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/93

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
TRUJILLO GARCIA, LEONARDO FABIO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
17/07/1979	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		9732486			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				6067441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/93

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
VALLEJO GARCIA, ARCESIO	CC 9739404	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
TRUJILLO , MICHAEL	TI 1091887546	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
TRUJILLO , MATEO	RC 1091889019	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
TRUJILLO , CAROLINA	TI 1092459208	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
HERRERA PERALTA, LUISA FERNANDA	CC 1094960944	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
TRUJILLO RUIZ, ALONSO	PR 1163010	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
TRUJILLO HERRERA, MIGUEL ANGEL	PR 1163011	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/93

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/93

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/94

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>						
URIBE MORALES, JULIAN ALBEIRO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA					
7			9			2.024		6		10		2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
26/01/1968	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18413752				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>						
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/94

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PACHON , LUZ PIEDAD	CC 24811386	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
URIBE REYES, NICOLAS STIVEN	TI 1096671688	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
URIBE PACHON, YURLADY .	CC 1097722648	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
URIBE PACHON, YERALDIN .	CC 1097723930	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
URIBE PACHON, MICHAEL ANDRES	CC 1097724962	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LORETO URIBE, NIKOLE CAMILA	TI 1097729657	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
ORTIZ URIBE, THAYS JULIANA	TI 1097732671	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/94

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/94

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/95

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
VALENCIA , LUIS FERNANDO			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
23/03/1973	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18435513			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			3165987412					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/95

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/95

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/96

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
VALENCIA RESTREPO, LUIS FERNANDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
05/06/1973	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			9808485				
<b>Dirección</b>		<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2		talentohumano@epq.gov.co				7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/96

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/96</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/97

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
VARON ORJUELA, ALEXANDER			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
16/01/1972	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18495955			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/97

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
VARON MACHADO , EDILBERTO	CC 14219237	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00
PEREZ GALLEG0 , LUZ MARYORI	CC 24605934	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
ORJUELA , GLORIA ESPERANZA	CC 38224706	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00
VARONPEREZ , LAURA MANUELA	TI 1007490463	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
VARONPEREZ , JHON ALEXANDER	TI 1098306450	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00
PESCADORVARON , TIAGO ALEJANDRO	RC 1098312042	Otros
<b>AMPAROS</b> 1 (I) Gastos Exequiales hasta por: 3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	<b>VALOR ASEGURADO</b> 6 000 000,00 2 600 000,00	<b>PRIMA</b> 0,00 0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/97

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/97

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/98

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
VEGA GARZON, JOSE MANUEL			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
05/12/1968	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		18465041			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7521240			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/98

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
LONDOÑO , LUZ VIVIANA	CC 25021313	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
CIRO VEGA, SIMON	RC 1095271039	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/98</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/99

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RIVEROS GUEVARA, LUIS ALFONSO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
02/02/1963	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		4525598			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				3218132386			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/99

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
FERNANDEZ , PATRICIA	CC 41906348	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
FERNANDEZ ROMERO, LILIANA	CC 41928135	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BERMUDEZ , MARTIN	RC 1092864387	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RIVEROS , CARLOS ALFONSO	CC 1094728493	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GALLEGO FERNANDEZ, ALEJANDRA	CC 1094894981	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
BERMUDEZ , JUAN CAMILO	CC 1094956845	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
OCAMPO FERNANDEZ, JULIANA	CC 1094965350	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/99

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/99

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/100

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CARDONA MARTINEZ, HILDE BRAYAM			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
15/07/1983	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9737972			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			6067441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/100

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/100</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/101

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CASTRILLON CRUZ , GILDARDO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
16/07/1962	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		9807000			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/101

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/101</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/102

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PINILLA SIERRA, LUIS ALFONSO			Plan Abierto I		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>				
17/04/1965	Masculino	Armenia	Cédula de Ciudadanía			18463754				
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>				
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784				

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/102

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PINILLA , BLANCA INES	CC 25021614	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GARCIA , MARIA EUGENIA	CC 25021788	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ , EMILIANA	TI 1095269931	Nietos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PINILLA , VICTORIA EUGENIA	CC 1097034514	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
PINILLA , ALFONSO	CC 1097035452	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/102

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/102

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/103

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
BUITRAGO JARAMILLO, DORANCE			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
20/12/1963	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9805835			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7441784					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/103

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/103</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/104

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
CADAVID , DUVERNEY			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
02/12/1981	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			9729599			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co			7409142					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/104

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/104

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025


**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/105

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE			HASTA		
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
GONZALEZ CARDONA, ROBINSON SAMUEL			Plan Abierto I			DESDE			HASTA		
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
04/12/1977	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía			18417753			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>			<b>N° Telefónico /Celular</b>					
MZ D CS 2 SIUADAELA EL SOL			robinsongonzalez04121977@gmail.com			3222526260					

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/105

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
SANCHEZ QUIROGA, MANUELA	CC 185342	Otros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
QUIROGA LOPEZ, ANGELLA MARIA	CC 867914	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
DEBORA CARDONA, MARIA	CC 1847753	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
LOPEZ GONZALEZ, CARLINA	CC 3568425	Suegros
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GONZALEZ QUIROGA, KAREN	CC 5659655	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GONZALEZ , JUAN CARLOS	CC 184177532	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/105

**IMPORTANTE**

1. Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
2. El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
3. Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
4. Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
5. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/105

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/106

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
VILLA GALLEGO, JORGE MARIO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
25/01/1985	Masculino				Cédula de Ciudadanía			9772325			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>					<b>N° Telefónico /Celular</b>			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/106

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
VILLA POLIDO, MIGUEL ANGEL	CC 1090277881	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
VILLA PULIDO, SALOME	CC 1090280219	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RESTREPO , DIANA CAROLINA	CC 1094918469	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/106

**AUTORIZACIONES**

- a. Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- b. Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.
- La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- c. 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

- a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/107

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinsst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RAMIREZ VALENCIA, DARIO			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
22/01/1975	Masculino				Cédula de Ciudadanía			18491557			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>					<b>N° Telefónico /Celular</b>			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/107

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
RAMIREZ , SOFIA	TI 184915571	Sobrinos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
GUZMAN VALENCIA, PEDRO ANTONIO	CC 184915572	Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ VALENCIA, JAVIER	CC 184915573	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ VALENCIA, BONEL	CC 184915574	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ VALENCIA, ALFONSO	CC 184915575	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ VALENCIA, GLORIA INES	CC 184915576	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00
RAMIREZ VALENCIA, LILIANA	CC 184915577	Hermano
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 600 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/107

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/107

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025

**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/108

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
PUEÑUELA SERNA, JAIR			Plan Abierto I			DESDE	HASTA				
						7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
16/06/1982	Masculino				Cédula de Ciudadanía			18419275			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>					<b>N° Telefónico /Celular</b>			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	2148/108

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES		
NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
 La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

<b>RAMO: EXEQUIAS</b>	
<b>N° PÓLIZA MATRIZ:</b>	<b>2148/108</b>

<b>EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO</b>
---------------------------------------

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/109

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA				<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
					DESDE			HASTA		
					7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2.024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso	

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>		<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
BEDOYA VELAZQUEZ, JAVIER			FAMILIAR PLUS		DESDE			HASTA		
					7	9	2.024	6	10	2.025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>		<b>Número de Documento</b>			
05/03/1960	Masculino	Armenia			Cédula de Ciudadanía		4375320			
<b>Dirección</b>			<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>			
CRA 14 # 22-30 PISO 2			talentohumano@epq.gov.co				7441784			

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 600 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/109

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

PRIMA

## IMPORTANTE

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com).

## AUTORIZACIONES

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/109

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena para:

a) 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

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

[defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com) o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/111

## DATOS DEL TOMADOR

<b>Nombre del tomador</b> EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A. E.S.P.	<b>Tipo documento</b> NIT	<b>Número de documento</b> 800063823
<b>Dirección</b> CARRERA 14 # 22-20 P2 CASA DEPARTAMENTAL ARMENIA	<b>Ciudad</b> Pereira	
<b>Correo Electrónico</b> jpusquinst@gmail.com	<b>N° Telefónico /Celular</b> 6067441784	
<b>Intermediario</b>		

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>TIPO DE PÓLIZA</b>	COLECTIVA					<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA MATRIZ</b>					
						DESDE	HASTA				
						7	9	2024	6	10	2025
<b>N° ASEGURADOS</b>	107	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	7	9	2024	<b>PERIODICIDAD DE PAGO</b>	Mensual	<b>FORMA DE PAGO</b>	Aviso		

## ASEGURADO

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado</b>			<b>Plan</b>			<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>					
RIVAS MARTINEZ, JORGE ANDRES			FAMILIAR PLUS			DESDE	HASTA				
22/08/1982			Masculino			7	9	2025	6	10	2025
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Genero</b>	<b>Ciudad</b>			<b>Tipo Documento</b>			<b>Número de Documento</b>			
<b>Dirección</b>	<b>Correo Electrónico</b>				<b>N° Telefónico /Celular</b>						

## ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
1	(I) Gastos Exequiales hasta por:	BASICA 6 000 000,00
2	Auxilio Adicional para Gastos Exequiales - Asegurado Principal	ADICIONAL 3 000 000,00
3	Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	ADICIONAL 2 847 000,00
		<b>PRIMA SIN IVA</b> 115.261,00
		<b>IVA</b> 21.899,59
		<b>% EXTRAPRIMA</b>
		<b>DESCUENTO</b> 0
		<b>TOTAL PRIMA</b> 137 160,59

Tendrás los siguientes amparos de acuerdo con el plan escogido:

ASISTENCIAS	NÚMERO DE CONTACTO
	Línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

## BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	% DISTRIBUCIÓN	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DE LEY		100%	NO INFORMADO

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/111

## DATOS DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MARTINEZ , MARIA AMPARO	CC 25020048	Padres
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CIRO MARIN, LUZ EDITH	CC 29135018	Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
RIOS VELASQUEZ, NORA LIGIA	CC 42110085	Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
RIVAS CIRO, SALOME	TI 1095269915	Hijo(a)
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CIRO SANCHEZ, LUZ ADRIANA	CC 1097035915	Cónyuge
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00
CIRO MARIN, JOSE JULIAN		Tíos
<b>AMPAROS</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>PRIMA</b>
1 (I) Gastos Exequiales hasta por:	6 000 000,00	0,00
3 Auxilio por No Utilización de la Póliza de los Miembros del Grupo Asegurado	2 847 000,00	0,00

RAMO: EXEQUIAS

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO

N° PÓLIZA MATRIZ:

2148/111

**IMPORTANTE**

- Vigencia: Los amparos de la presente póliza solo entran en vigencia a partir de las 00:00 horas del segundo día contado a partir del momento del diligenciamiento de la póliza.
- El seguro terminará por las siguientes causas: a) Por la falta de pago de la prima. b) Cuando revoques la póliza por escrito. c) Cuando tu o tus asegurados dependientes soliciten su exclusión de la póliza, la terminación se entenderá respecto del asegurado excluido. d) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado a causa de su muerte, y en los siguientes 3 meses (periodo de exoneración de primas), ninguno de los asegurados dependientes reemplace al asegurado principal. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará a los 3 meses después de su muerte.
- Si la edad declarada del asegurado principal o los asegurados dependientes es inexacta, y está fuera de los límites señalados en las condiciones generales de la póliza, el miembro del grupo asegurado afectado por la inexactitud, quedará automáticamente excluido de cualquier cobertura de la presente póliza.
- Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de 20 días para dar respuesta a tus solicitudes de indemnización.
- En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando nuestro portal web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando a los enlaces Servicio al cliente/Protección al consumidor financiero y Servicio al cliente/protección de datos o en [defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinancierovida@colmenaseguros.com).

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo al Tomador para que me incluya en la presente póliza.
- Autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A., para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, Colmena Seguros de Vida S.A., solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro.  
La política de tratamiento de datos personales de Colmena Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com), ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.
- 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, complementa, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros de Vida S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

1. Condiciones: Las condiciones generales están disponibles en el Portal Web [www.colmenaseguros.com/seguros-personas/](http://www.colmenaseguros.com/seguros-personas/)

**2. Causales de Terminación del Seguro:** Este seguro terminará por las siguientes causas: (a.) **Por falta del pago de la prima Art.1068,** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.(b.) Al vencimiento de la póliza, si esta no se renueva. (c.) Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza. (d.) Cuando Colmena Seguros S.A. revoque por escrito la póliza, cualquiera de los amparos adicionales opcionales (e.) Cuando el asegurado principal solicite la exclusión de un asegurado dependiente de la póliza. (f.) Cuando el asegurado dependiente solicite su exclusión de la póliza. (g.) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado, o por causa de su muerte. En tal caso la cobertura para los asegurados dependientes terminará automáticamente.

**3. Las condiciones particulares y generales son las contenidas en los anexos de la presente póliza que el asegurado declaró conocer.**

**4. Autorizaciones:** Recuerda que durante la llamada telefónica en la que adquiriste este seguro autorizaste a Colmena 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

RAMO: EXEQUIAS	
N° PÓLIZA MATRIZ:	2148/111

EXEQUIAL INTEGRAL HM BENEFICIO
--------------------------------

**Defensor del Consumidor Financiero:** Podrás contactar al defensor del consumidor financiero en el correo electrónico:

defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en [www.colmenaseguros.com](http://www.colmenaseguros.com)

Lugar y fecha de Expedición de Certificado:

Pereira

10/09/2025



**FIRMA AUTORIZADA**

Colmena Seguros, S.A.

Para mayor información comuníquese con nuestra línea gratuita nacional: 01 8000 919667; o en: Bogotá 401 0447 - Medellín 444

1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559

Registro SFC -