

iiiURGENTE!!! ACTUALIZAR FORMATO DE BENEFICIARIOS PÓLIZA DE VIDA GRUPO (quienes aún no lo han hecho)

Desde Jaime Gregorio Garces Rueda <jgarcesr@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Fecha Mar 07/10/2025 16:28

Para Listamzl <listamzl@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Listaclld <listaclld@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC Lina Susana Vasquez Millan <lvasquemi@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Dirección Seccional Rama Judicial Secretaría General - Caldas - Manizales <sec_deajcaldas@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Afiliaciones - Caldas - Manizales <afiliacionesmzl@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Correspondencia Área de Talento Humano - Caldas - Manizales <correspondenciathmzl@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 4 archivos adjuntos (7 MB)

Folleto Póliza Vida Grupo n. 1002660 Coberturas.pdf; Infografía Póliza Vida Grupo N.1002660 - Recomendaciones.pdf; Poster Póliza Vida Grupo n. 1002660 - Formulario Beneficiarios.pdf; FORMATO DESIGNACION BENEF VIDA GRUPO.pdf;

Manizales, octubre 7 de 2025

PARA: Servidores (as) Judiciales
Distrito Judicial y Administrativo de Caldas

ASUNTO: POR FAVOR DE MANERA URGENTE ACTUALIZAR FORMATO DE BENEFICIARIOS PÓLIZA DE VIDA GRUPO (QUIENES AUN NO LO HAN HECHO)

Respetad@s servidores judiciales:

Si aún tienes pendiente actualizay y hacer llegar a la oficina de Talento Humano (de manera física o electrónica) el Formato Designación Beneficiarios Póliza de Vida Grupo se anexa póster con instrucciones para su diligenciamiento.

Ver video informativo en el siguiente link:

[POLIZA VIDA GRUPO \(1\).mp4](#)

Se están realizando capacitaciones virtuales sobre el tema por parte del área de Talento Humano, como parte de una estrategia del orden nacional, por lo cual se requiere de su asistencia.

Es necesario informar a nivel central por parte de esta dependencia la cantidad de personas que están participando de las capacitaciones por seccional, así como el número de personas que actualizaron el formulario; se necesita que el 100% de los servidores judiciales realicemos dicha actualización de información (tener presente que la actualización es para quienes a la fecha no lo han hecho).

Se adjunta en este correo los siguientes documentos:

- Folleto coberturas.
- Infografía – Reclamación y puntos a tener en cuenta.
- Póster – formulario de designación beneficiarios.
- Nuevo formato de designación de beneficiarios.

Igualmente adjuntamos el nuevo formato de designación de beneficiarios que fue aprobado por la Previsora S.A. Compañía de Seguros, para ser utilizado al interior del Consejo Superior de la Judicatura, en la designación de beneficiarios de los servidores judiciales. Este nuevo formato debe ser el único utilizado para estos efectos.

fecha cuando elabora el formulario
 Ciudad donde labora
 Sucursal: Este espacio se deja en blanco

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
 RAMO Vida Grupo
 Fecha de Diligenciamiento
 PÓLIZA MATRIZ N°
 Ciudad
 Sucursal

Tomador Consejo Superior de la Judicatura N.I.T. 800093816
 Nombre del Asegurado Documento de Identidad
 C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ Número:
 Dirección del Asegurado

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:
DERECHO DE ACRECIMIENTO: SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

En caso de remisión electrónica, por favor escribir en el asunto el nombre completo de la persona que remite y el número de identificación, al correo correspondenciathmzl@cendoj.ramajudicial.gov.co

Se recomienda uso de letra legible, lapicero tinta negra, huella dactilar legible, no presencia de tachones ni enmendaduras.

Cordialmente,

JAIME GREGORIO GARCÉS RUEDA
Jefe Área Talento Humano



Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Seccional de
Administración Judicial
de Manizales

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital



• **AUXILIO FUNERARIO:**

El auxilio funerario reconocido en el artículo 3°. del Decreto 244 de 1981 para funcionarios y empleados de la Rama Jurisdiccional, y para el Ministerio Público.

Será equivalente:

Diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes para la fecha del fallecimiento.

• **GASTOS FUNERARIOS:**

En caso de que el fallecimiento se produjere como consecuencia de un evento amparado, la compañía aseguradora los pagará a **manera de auxilio**, sin exigencia de documentación alguna.

En todo caso la compañía aseguradora, en relación con los gastos funerarios, acepta que dichos gastos

sean girados, total o parcialmente, a uno o varios terceros que indique la NACIÓN - CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA.

El valor individual de los gastos funerarios será:

Veinte (20) salarios mínimos mensuales legales vigentes para la fecha del suceso.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Beneficiario es la persona que va a recibir la indemnización en caso de siniestro.

Para el caso de la póliza de vida grupo serán:

- Las personas designadas libremente por el Asegurado. (a falta de estos)
- Los herederos establecidos en la Ley (Art 1142 del Co. de Co. y Art. 1040 de Co. Civil (cónyuge 50% del valor asegurado y los herederos establecidos en el código civil 50% restante)

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al momento de **posesión** del Servidor Judicial le será entregado el formulario en el que podrá designar los beneficiarios del seguro de vida contratado por el Consejo Superior de la Judicatura

Cualquier inquietud comunicarse:

Área de Recursos Humanos de la Dirección seccional según corresponda.

En caso de presentarse un siniestro ingresar al siguiente link:

https://etbcsj-my.sharepoint.com/personal/siniestrosroj_cendoj_ramajudicial_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsiniestrosroj%5Fcendoj%5Framajudicial%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FAplicaciones%2FMicrosoft%20Forms%2FREPORTE%20DE%20SINIESTROS%2FSINIESTROS&ga=1



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia



PÓLIZA VIDA GRUPO

LEY 16 DE 1988

N. 1002660

VIGENCIA

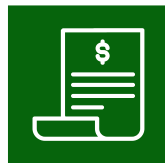
12 NOV 2022 - 13 AGO 2026

De Conformidad con la oferta presentada al proceso de Licitación Pública # 06 de 2022 y la Resolución de Adjudicación # 2393 del 8 de noviembre de 2022.



OBJETO DEL SEGURO

El aseguramiento de los empleados y/o funcionarios y/o servidores públicos - Ley 16 de 1988 y Jueces de Paz y de Reconsideración a nivel nacional (Los jueces de paz de acuerdo con la ley 497 de 1999).



ASEGURADOS:

Se amparan todos los empleados y/o funcionarios y/o servidores públicos - Ley 16 de 1988 y Jueces de Paz y de Reconsideración a nivel nacional (Los jueces de paz de acuerdo con la ley 497 de 1999).



COBERTURAS



• VIDA:

Cuando el asegurado por causa o con ocasión del ejercicio de sus funciones pierde la vida en hechos violentos.

De igual manera se ampara bajo esta cobertura cualquier muerte accidental.

El valor de este amparo será de: **Cuatrocientos (400)** salarios mínimos mensuales legales vigentes para la fecha del suceso.

• INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL:

Cuando el asegurado, por causa o por ocasión del ejercicio de sus funciones, sufra disminución parcial definitiva de su capacidad laboral y ésta es o exceda del 50 %, sin sobrepasar el 75 %.

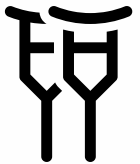
La indemnización será: **Doscientos (200)** salarios mínimos mensuales legales vigentes a la fecha del suceso.



• INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL:

Cuando el asegurado, por causa o por ocasión del ejercicio de sus funciones, quede definitivamente inhabilitado para el ejercicio de sus funciones o la incapacidad de laborar fuere o excediere un 75 %, sin sobrepasar el 95 %.

La indemnización será: **Trescientos (300)** salarios mínimos mensuales legales vigentes para la fecha del suceso.



• GRAN INVALIDEZ:

Cuando el asegurado, por causa o por ocasión del ejercicio de sus funciones, quede definitivamente inhabilitado para el ejercicio de sus funciones o la incapacidad de laborar fuere o excediere el 95 %.

La indemnización será: **Cuatrocientos (400)** salarios mínimos mensuales legales vigentes para la fecha del suceso.



FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

RAMO		PÓLIZA MATRIZ N°	
Fecha de Diligenciamiento	Ciudad	Sucursal	
Tomador		N.I.T	
Nombre del Asegurado	Documento de Identidad C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ Número:		
Dirección del Asegurado			

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

DERECHO DE ACRECIMIENTO: SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

BENEFICIARIOS CONTINGENTES: SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cedula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cedula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad.
5. Número. Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento.

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA: SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS AREAS DE TALENTO HUMANO DE LA ENTIDAD A NIVEL NACIONAL, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE _____ A LOS _____ DÍAS EL MES DE _____ DE _____

Tratamiento de la información

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

FIRMA DEL ASEGURADO

No. Identificación _____



POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o antelas cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 – 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

PÓLIZA VIDA GRUPO

LEY 16 DE 1988
N. 1002660
VIGENCIA 12 NOV 2022 - 13 AGOS 2026

PROCESO RECLAMACIÓN

El siniestro es la ocurrencia de una muerte violenta o es la declaratoria de incapacidad de una de las personas aseguradas por encima de los porcentajes nombrados en las coberturas.

- **NO ESTÁ CUBIERTA LA MUERTE NATURAL.**
- **NO HAY COBERTURA POR ENFERMEDAD GENERAL.**

En caso de siniestro, los beneficiarios deberán aportar los siguientes documentos, en oficio remisario al corredor de seguros de acuerdo con el amparo que se pretenda afectar:

VIDA, GASTOS FUNERARIOS Y AUXILIO FUNERARIO

- Certificación de Defunción - antecedente para el registro civil DANE.
- Copia registro civil de defunción
- Copia certificado médico sobre la causa de la muerte
- Copia documentos de identificación del asegurado y de los beneficiarios (al 150%)
- Certificación laboral original
- Original formulario de designación de beneficiarios

INCAPACIDAD (Permanente parcial, Permanente total o Gran Invalidez)

- Copia certificado de la pérdida de capacidad laboral emitido por la junta de calificación
- Copia del documento de identificación del asegurado



A falta del formulario de designación de beneficiarios deberá aportar la siguiente información según Art. 1142 del Código de Comercio y el Art. 1040 del Código Civil:

- Copia autenticada del registro civil de nacimiento y de matrimonio (para demostrar el parentesco y así acreditar que se trata de un beneficiario de ley).

TENER EN CUENTA

- La actualización del formulario se puede efectuar a voluntad en cualquier momento.
- Para que operen los gastos funerarios y el auxilio funerario debe darse primero el reconocimiento del amparo básico (Muerte accidental, Violenta y Suicidio) del seguro de vida grupo.
- El reconocimiento de la indemnización por incapacidad siempre deberá ser por origen laboral.
- No está cubierta ningún tipo de pandemia
- La designación de beneficiarios es totalmente voluntaria, y no requiere ser familiar o pariente.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO-BENEFICIARIOS

- Notificar a la Aseguradora de la ocurrencia del evento, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de ocurrencia, según lo establecido en el artículo 1075 del Código de Comercio.
- Probar la ocurrencia del siniestro, según el artículo 1077 del Código de Comercio.

- Tener en cuenta que el término máximo para formalizar el reclamo y exigir la indemnización son dos (2) años contados a partir de la muerte del servidor judicial o la calificación de invalidez, según el artículo 1081 del Código de Comercio.



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

FORMULARIO DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS PÓLIZA VIDA GRUPO

LEY 16 DE 1988
N. 1002660 VIGENCIA 12
NOV 2022 – 13 AGO 2026

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

RAMO

PÓLIZA MATRIZ N°

Fecha de Diligenciamiento

Ciudad

Sucursal

Tomador

N.I.T

Nombre del Asegurado

Documento de Identidad

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ Número:

Dirección del Asegurado

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

DERECHO DE ACRECIMIENTO: ☒ SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

01

Nombre: de la póliza : **vida grupo**

Fecha cuando elaboran el Formulario

Ciudad donde labora el Funcionario Titular

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

RAMO: **VIDA GRUPO**

PÓLIZA MATRIZ N°

Fecha de Diligenciamiento

Ciudad

Sucursal

Tomador

N.I.T

Nombre del Asegurado

Documento de Identidad

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ Número:

Dirección del Asegurado

Tomador : **Consejo Superior de la Judicatura**

Datos del Funcionario titular :

- Nombre del asegurado
- Dirección de la residencia del titular
- Cedula

Sucursal; este espacio se deja en blanco

Nit del CSI: 800093816

En esta primera parte se debe consignar la información del funcionario titular que trabaja en la Rama Judicial (Asegurado), datos del tomador del seguro que en este caso es el CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, fecha en que se diligencia el formato, ciudad y sucursal.



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

FORMULARIO DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS PÓLIZA VIDA GRUPO

LEY 16 DE 1988
N. 1002660 VIGENCIA 12
NOV 2022 – 13 AGO 2026

02

Derecho de Acrecimiento: Condición del o de los beneficiarios, que tendrían derecho al crecimiento de su participación en la indemnización, por el hecho de que alguno o algunos de los demás, no pueden hacer uso de su derecho a la indemnización, por ejemplo, por haber fallecido antes que el funcionario de la Rama Judicial.

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

DERECHO DE ACRECIMIENTO: SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (entre comas con %)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

BENEFICIARIOS CONTINGENTES: SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (entre comas con %)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cédula de ciudadanía, 2. Nit, 3. Cédula de extranjería, 4. Tarjeta de identidad, 5. Número Único de identificación, 6. Registro civil de nacimiento.

Beneficiario Contingente: Es la persona que el asegurado elige **si lo desea**, cuando falten todos los otros beneficiarios principales o primarios es decir, que ellos recibirán la indemnización, solo si todos los beneficiarios primarios no califican para serlo, o fallecen antes que el asegurado.

Donde se ingresan los beneficiarios primarios, que siempre debe estar diligenciado obligatoriamente

Donde se ingresan los beneficiarios secundarios, aquellos que acceden a la indemnización, en caso tal, de fallecer los primarios. Este espacio, es de carácter **opcional**, por lo tanto, al diligenciar el formulario, este espacio, se puede entregar en blanco.

03

En la parte inferior se debe consignar la fecha de radicación del formulario con la firma y cedula del titular del seguro

ESTA DESIGNACIÓN SOLO SERA VALIDA, SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTICULO 1142 DEL C. DE CIO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE _____ A LOS _____ DÍAS EL MES DE _____ DE _____

Tratamiento de la información

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

FIRMA DEL ASEGURADO _____
No. identificación _____

FO-VG-016-2