

Señores

**JUZGADO TREINTA Y SEIS (36) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

E.S.D

Asunto: **Contestación de la Demanda.**  
Ref.: Proceso verbal responsabilidad civil contractual.  
Demandante: Alejandra Henao Arenas.  
Demandados: Seguros Bolívar S.A. y Banco Davivienda S.A.  
Rad.: 11001310303620190077100.

**LAURA PIEDAD MONTOYA OVIEDO**, actuando en calidad de apoderada judicial del **BANCO DAVIVIENDA S.A.** (en adelante "Davivienda" o el "Demandado"), conforme los documentos adjuntos al presente escrito, de la manera más respetuosa, contesto la demanda de la referencia en los términos del artículo 96 y siguientes del Código General del Proceso.

## I. PRESENTACIÓN DEL LITIGIO Y POSICIÓN DE LAS PARTES

Previo a la contestación de la demanda, a continuación, se presenta el litigio y la posición de las Partes:

### a. Posición del Demandante

Alejandra Henao Arenas, Ana María Poveda Henao y Santiago Poveda Henao (en adelante "Los Demandantes") son cónyuge supérstite y herederos de Cesar Augusto Poveda Suarez, titular del crédito No. 6000323006423050.

Conforme lo manifestado por los Demandantes el crédito No. \*\*\*3050 fue solicitado el 1 de diciembre de 2015, fecha en la cual, afirman los Demandantes Cesar Augusto Poveda adquirió la póliza DE 45155 con Seguros Bolivar, actuando el Banco Davivienda como intermediario.

Afirman los Demandantes que Cesar Augusto Poveda falleció el 6 de octubre de 2017, motivo por el cual, Alejandra Henao presentó reclamación el 15 de noviembre de 2017 ante el Banco Davivienda solicitando el pago de la póliza, reclamación a la que Banco Davivienda corrió traslado a Seguros Bolivar.

El 16 de diciembre de 2017 Seguros Bolivar emitió respuesta a la reclamación en la cual le informó a la Demandante la negativa para el pago del seguro

dado que existe una nulidad en el contrato de seguros derivada de una manifestación reticente del asegurado

Por lo anterior los Demandantes pretenden:

1. Se declare que Seguros Bolívar suscribió póliza de seguros DE-45155 cuyo valor asegurado fue de \$818.060.900 con el cual cubría el riesgo de fallecimiento de Cesar Augusto Poveda y como beneficiarios a su cónyuge e hijos.
2. Se declare que los Demandantes tienen derecho a que se les reconozca y pague las "consecuencias patrimoniales", en razón del fallecimiento del Cesar Augusto Poveda, bajo el marco de la responsabilidad civil contractual.
3. Se condene a Seguros Bolívar al pago, a favor de los Demandantes, de la suma de \$818.060.900 en virtud del valor asegurado por el fallecimiento del tomador del seguro Cesar Augusto Poveda.
4. Se condene a Seguros Bolívar y Banco Davivienda al pago a favor de los Demandantes los intereses comerciales moratorios sobre la suma reconocida desde el 6 de octubre de 2017 hasta la fecha del pago.
5. Se condene a las Demandadas al pago de los gastos y costas del proceso.

**b. Posición del Banco Davivienda S.A.**

El 28 de septiembre de 2015 Cesar Poveda y Alejandra Henao (en adelante los "Locatarios") solicitaron financiación de vivienda a través de leasing habitacional, el cual fue aprobado el 5 de octubre de 2015 con las siguientes condiciones:

- Inmuebles: Identificados con folio de matrícula inmobiliaria No. 50C-1970542 y 50C-1970355 de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Bogotá. (en adelante los "Inmuebles")
- Valor del inmueble a financiar: \$818.060.900
- Valor a financiar: \$480.000.000
- Plazo: 240 meses.

En cumplimiento a lo acordado en la cláusula vigésima primera del contrato de leasing, los Locatarios, el 1 de diciembre de 2015 suscribieron el documento denominado como "*solicitud de seguro unificada producto de vida protección y hogar protección total*" y "*declaración de asegurabilidad*".

El contrato de seguro fue suscrito únicamente entre los Locatarios, en calidad de tomadores, y Seguros Bolívar S.A., como asegurador. Banco Davivienda S.A. no es parte dentro del contrato de seguros, tal como consta en los

documentos suscritos por los Locatarios, Banco Davivienda únicamente es beneficiario del contrato de seguros.

El único contrato que vincula a Banco Davivienda es el contrato de leasing celebrado con los Locatarios y en ningún momento, está obligado a responder por obligaciones que deriven del contrato de seguros. La obligación de realizar el pago del siniestro es la aseguradora, es decir, Seguros Bolívar S.A.

Banco Davivienda S.A. es una entidad financiera que tiene licencia para operar únicamente como Banco y no como intermediador de seguros<sup>1</sup>. Aún cuando en las oficinas del Banco Davivienda se promocionen los productos de Seguros Bolívar S.A. no la hace intermediaria de seguros, el ofrecimiento y promoción de los seguros se realiza únicamente en virtud del contrato de red de oficina conforme el artículo 93 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero<sup>2</sup>.

Así las cosas, Banco Davivienda se opone a la prosperidad de las pretensiones de los Demandantes las cuales no están llamadas a prosperar por cuanto:

1. Es inexistente cualquier responsabilidad civil contractual del Banco Davivienda por no encontrarse acreditados los elementos de la responsabilidad civil: i) incumplimiento del contrato que obliga a Banco Davivienda S.A. ii) daño causado iii) culpabilidad del Banco Davivienda iv) nexo causal.
2. Las pretensiones de los Demandantes no proceden contra Banco Davivienda S.A. por no ser parte del contrato de seguros, ni entidad

---

<sup>1</sup> Decreto 663 de 1993 – Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Artículo 5 numeral 2. *“Intermediarios de seguros. Son intermediarios de seguros los corredores, las agencias y los agentes, cuya función consiste en la realización de las actividades contempladas en el presente Estatuto.”*

<sup>2</sup> *“ARTICULO 93. RED DE OFICINAS. <Artículo modificado por el artículo 116 de la Ley 510 de 1999. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades vigiladas por las Superintendencias Bancaria y de Valores podrán permitir mediante contrato remunerado, el uso de su red de oficinas por parte de sociedades de servicios financieros, entidades aseguradoras, sociedades comisionistas de bolsa, sociedades de capitalización, e intermediarios de seguros para la promoción y gestión de las operaciones autorizadas a la entidad usuaria de la red y bajo la responsabilidad de esta última.*

*Para el efecto, la entidad usuaria de la red deberá adoptar las medidas necesarias para que el público la identifique claramente como una persona jurídica distinta y autónoma del establecimiento de crédito cuya red se utiliza, y cumplir las demás condiciones que señale la Superintendencia Bancaria con el fin de asegurar el cumplimiento de esta obligación. Además, deberá emplear su propio personal en las labores de promoción o gestión de sus operaciones, función en la cual no podrán participar funcionarios del establecimiento de crédito, salvo lo previsto para los fondos comunes ordinarios.”*

aseguradora y/o intermediario de seguros por lo cual no está obligado al pago del siniestro por no ser entidad aseguradora.

## II. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Teniendo en cuenta la presentación que sobre los hechos hizo la Parte Actora en la demanda, se contestan los hechos de la siguiente manera, previa transcripción parcial de cada uno de ellos, si aplica.

### “I HECHOS”

1. *“PRIMERO: El día 01 de diciembre de 2015, el señor **CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.ep.d)**, adquirió la Póliza número DE-45155, crédito 6000323006423050 por un monto de \$818.060.900 con Seguros Bolívar S.A., cuyo intermediario fue el BANCO DAVIVIENDA.”*

**CONTESTACIÓN:** No se admite.

El número relacionado como crédito corresponde al número del contrato de leasing celebrado entre Banco Davivienda S.A. y los locatarios Cesar Poveda y Alejandra Henao, en virtud del cual Banco Davivienda S.A. adquirió los Inmuebles avaluados en \$818.060.900; no obstante, el valor a financiar en virtud del contrato de leasing únicamente corresponde a \$480.000.000, valor que, previa solicitud de los Locatarios, fue modificado el 10 de agosto de 2016 a \$443.659.000.

El 1 de diciembre de 2015 los Locatarios suscribieron el documento denominado como “solicitud de seguro unificada producto de vida protección y hogar protección total” y “declaración de asegurabilidad”.

Banco Davivienda no es, ni actuó como intermediario del contrato de seguros<sup>3</sup>, únicamente se hizo uso del contrato de red de oficina conforme lo establecido en el artículo 93 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero para la promoción de los productos de Seguros Bolívar S.A., por lo cual, desde ya se rechaza toda manifestación que pretenda atribuir responsabilidad alguna al Banco Davivienda.

2. *“SEGUNDO: Dicha póliza ofreció al señor POVEDA SUAREZ (q.ep.d) productos de vida protección y Hogar protección (sic) toal (sic) y en cuya*

---

<sup>3</sup> Decreto 663 de 1993 – Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Artículo 5 numeral 2. *“Intermediarios de seguros. Son intermediarios de seguros los corredores, las agencias y los agentes, cuya función consiste en la realización de las actividades contempladas en el presente Estatuto.”*

declaración de asegurabilidad dice “Seguro de vida individual – vida protección”, esto con el fin de asegurar un capital para su familia y cubrir situaciones inesperadas y garantizar la tranquilidad económica y emocional a sus familiares en caso de muerte como efectivamente ocurrió.

**CONTESTACIÓN:** No se admite. A pesar de su redacción confusa, se precisa lo siguiente:

Los Locatarios, Cesar Poveda y Alejandra Henao, suscribieron los documentos denominados como “solicitud de seguro unificada producto de vida protección y hogar protección total” y “declaración de asegurabilidad” en los cuales se señala como único beneficiario al Banco Davivienda.

3. *“TERCERO: El señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d), falleció en la ciudad de Bogotá D.C., el día 06 de octubre de 2017, protocolizándose el deceso, según Registro Civil de Defunción 09441058, en la Notaría veintiséis (26) del Circulo Notarial de Bogotá D.C.”*

**CONTESTACIÓN:** No me consta. Me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

4. *“CUARTO: Con ocasión del fallecimiento del asegurado su cónyuge superviviente señora ALEJANDRA HENAO ARENA, el día 15 de noviembre de 2017 allego (sic) la documentación requerida para la reclamación, formato único B117, registro de defunción, fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado y copia de la Historia Clínica completa al intermediario BANCO DAVIVIENDA y este mismo día traslado a la compañía de SEGUROS BOLIVAR S.A.”*

**CONTESTACIÓN:** Se admite limitado en cuanto a que allegó documentación para la reclamación. Sobre si dichas documentales estaban completas y/o eran suficientes, por no tratarse de un hecho o carga contractual a cargo de Davivienda, no me consta y me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

5. *“QUINTO: Con comunicación DNI-SV-6889277 fechada el 16 de diciembre de 2017 le fue dada respuesta de dicha reclamación la cual fue negada y en cuya argumentación nada tiene que ver con lo ofrecido por dicha compañía de Seguros Bolívar S.A., en la póliza antes mencionada, ya que la misma culpa al asegurado de haber omitido en una declaración reticente que generó la nulidad, en términos generales no reconoce el pago que por dicha póliza tenía derecho su núcleo familiar. “*

**CONTESTACIÓN:** No me consta, es un hecho propio de un tercero, por lo tanto, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

En todo caso se precisa. El único beneficiario del contrato de seguro celebrado entre los Locatarios y Seguros Bolívar S.A. es Banco Davivienda S.A., es decir, en el evento en que se reconozca el pago del siniestro el mencionado pago deberá realizarse al Banco Davivienda S.A. y no al "núcleo familiar" de Cesar Poveda. Para mejor precisión, el seguro referido cubre o ampara el riesgo de muerte del tomador o la pérdida del Inmueble.

6. *"SEXTO: Al momento de adquirir la póliza al causante CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d), de ninguna manera le fue solicitado ni verbal, ni por escrito exámenes previos antes de la firma o la historia clínica, para ser parte de la misma, así que de ninguna manera es culpa del asegurado que su intermediario BANCO DAVIVIENDA S.A. y la misma compañía de SEGUROS BOLÍVAR S.A., omitan llenar requisitos que deben ser de su peso y que ante dicha reclamación se respalden en manifestaciones que solo dichas entidades debían evitar sucedieran pero no a la reclamación sino al momento de la adquisición de la póliza."*

**CONTESTACIÓN:** No se admite como está planteado.

Banco no solicitó a Cesar Poveda, por no ser su obligación legal ni contractual, además de ser ajeno al contrato de leasing, exámenes previos o la copia de la histórica clínica.

Davivienda no es, ni actuó como intermediario del contrato de seguros<sup>4</sup>, únicamente se hizo uso del contrato de red de oficina conforme lo establecido en el artículo 93 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero para la promoción de los productos de Seguros Bolívar S.A., por lo cual, desde ya se rechaza toda manifestación que pretenda atribuir responsabilidad alguna al Banco Davivienda.

7. *"SÉPTMO: Se percibe que al momento de suscribir la póliza, el asegurador SEGUROS BOLÍVAR S.A., otorgó el consentimiento al momento de expedir la póliza, significa lo anterior que la entidad aseguradora asume el riesgo en las condiciones en que se halle, sin que luego lo llamen reticencia, cuando ni siquiera hubo declaración espontanea, porque al momento que la entidad accionada, elaboró el documento, conocía que las manifestaciones allí contenidas podía ajustarse a la situación real del suscriptor."*

---

<sup>4</sup> Decreto 663 de 1993 – Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Artículo 5 numeral 2. *"Intermediarios de seguros. Son intermediarios de seguros los corredores, las agencias y los agentes, cuya función consiste en la realización de las actividades contempladas en el presente Estatuto."*

**CONTESTACIÓN:** No es un hecho, es una especulación y/o elucubración de los Demandantes, que en todo caso no me consta.

Con todo, y únicamente a manera de referencia, el Código de Comercio en el artículo 1058 establece que:

**“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.**

*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

*Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.” (Negrita fuera del texto)*

8. *“OCTAVO: También se observa que al proferir la póliza SEGUROS BOLIVAR S.A., no se observa que haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d), como asegurador allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato, que son responsabilidad de la compañía aseguradora SEGUROS BOLÍVAR S.A., establecer, tal como lo ha manifestado la Honorable Corte Constitucional en su más recientes sentencias en contra de entidades aseguradoras. (Sentencias, T-271 de 2006, T-684 de 2015, T-402 de 2015, T-393 de 2015, T-272 de 2015, T-240 de 2016, T-670 de 2016).*

**CONTESTACIÓN:** No me consta, es una negación indefinida respecto del hecho de un tercero.

En todo caso y únicamente a manera de referencia el Código de Comercio en el artículo 1058 establece que:

**“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.**

*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

*Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.” (Negrita fuera del texto)*

### **III. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Davivienda se opone a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones de la demanda, previa transcripción de las mismas, en los siguientes términos:

#### **PRETENSIONES**

*“PRIMERA: Que se declare que la compañía de SEGUROS BOLIVAR S.A, suscribió la Póliza denominada PRODUCTOS VIDA PROTECCION Y HOGAR TOTAL, SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL-VIDA PROTECCION identificada con el número DE-45155, crédito 6000323006423050, con vigencia a partir del 1 de diciembre de 2015, el valor asegurado fue por la suma de \$818.060.900, en la*

que se aseguró al señor CESAR AUGUSTO POBEDA SUAREZ (q.e.p.d), quien en vida se identificó con la cédula de ciudadanía número 79.569.301, amparando diversos riesgos a que estaba expuesto el señor mencionado y principalmente la cobertura por el fallecimiento (sic) del mismo asegurado y cuyos beneficiarios son su cónyuge supérstite y sus hijos."

"SEGUNDA: Que se declare que las demandantes señora ALEJANDRA HENAO ARENAS y sus hijos SANTIAGO Y ANA MARIA POVEDA HENAO, tienen derecho a que se les reconozca, liquide y pague conforme a la responsabilidad civil contractual, por las consecuencias patrimoniales que les correspondió asumir a las demandadas en razón al fallecimiento del asegurado."

"TERCERA: Que como consecuencia de las anteriores declaraciones se CONDENE a pagar a la compañía SEGUROS BOLIVAR S.A., y en favor de mi representada señora ALEJANDRA HENAO ARENAS y sus hijos SANTIAGO Y ANA MARIA POVEDA HENAO, ésta última mayor de edad, la suma de OCHOCIENTOS DIECIOCHO MILLONES SESENTA MIL NOVECIENTOS PESOS (\$818.060.900) valor asegurado por el amparo del fallecimiento del tomador señor CESAR AUGUSTO POBEDA SUAREZ (q.e.p.d.)"

"CUARTA: Que se CONDENE a pagar a la compañía SEGUROS BOLÍVAR S.A. y BANCO DAVIVIENDA S.A., y en favor de mi representada señora ALEJANDRA HENAO ARENAS y sus hijos SANTIAGO Y ANA MARIA POVEDA HENAO, ésta última mayor de edad que además del valor asegurado, deben pagar a los demandantes intereses comerciales moratorios a la tasa máxima señalada por la superintendencia Bancaria, sobre la suma correspondiente, desde el 06 de octubre de 2017 y hasta cuando las sociedades demandadas demuestren haberlos cancelados."

"QUINTA: Que se CONDENE a las demandadas a pagar, igualmente y en forma solidaria a favor de la demandante, los gastos y costas que se llegaren a causar en el presente proceso."

**PRONUNCIAMIENTO:** Conforme lo contestado en los hechos de la demanda, las excepciones de mérito que se formulan en este escrito, y con soporte en el acervo probatorio, Davivienda se opone a la prosperidad de las pretensiones con respecto a Davivienda, las cuales son abiertamente infundadas, por lo que desde ya solicito que aquellas sean denegadas respecto de Davivienda por cuanto:

1. Es inexistente toda responsabilidad civil contractual del Banco Davivienda por no encontrarse acreditados los elementos de la responsabilidad civil: i) incumplimiento del contrato que obliga a

Banco Davivienda S.A. ii) daño causado iii) culpabilidad del Banco Davivienda iv) nexo causal.

2. Las pretensiones de los Demandantes no proceden contra Banco Davivienda S.A. por no ser parte del contrato de seguros, ni entidad aseguradora y/o intermediario de seguros por lo cual no está obligado al pago del siniestro por no ser entidad aseguradora.

#### **IV. EXCEPCIONES DE FONDO**

##### **1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA.**

- a. La acción de responsabilidad civil contractual está dirigida a cobrar los perjuicios ocasionados a una de las partes del contrato derivados del incumplimiento de la otra.
- b. Es decir, que esta acción únicamente puede ser ejercida por la parte del contrato cumplida que alega y demuestra haber sufrido los perjuicios contra la parte del contrato incumplida.
- c. La Corte Constitucional en sentencia C -1008 de 2010 del 9 de diciembre de 2010 señaló que:

“De este modo, el concepto de responsabilidad civil contractual se ubica en el contexto de un derecho de crédito de orden privado, que solo obra en un campo exclusivo y limitado, vale decir, entre las partes del contrato y únicamente respecto de los perjuicios nacidos de ese negocio jurídico.” (Negrita fuera del texto)
- d. Davivienda no ha tenido ninguna relación contractual con Ana María Poveda Henao y Santiago Poveda Henao aquí Demandantes.
- e. Davivienda no es parte dentro del contrato de seguros celebrado entre Cesar Poveda y Alejandra Henao, sobre el cual se pretende el reconocimiento y pago de la indemnización con ocasión de la ocurrencia del siniestro.
- f. Es decir que Davivienda carece de legitimación en la causa por pasiva en el plano de la responsabilidad civil contractual y, por tanto, no es sujeto de declaraciones ni condenas en esta reclamación.

## **2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA.**

- a. Reiterando lo dicho en la anterior excepción, la acción de responsabilidad civil contractual respecto del contrato de seguros puede ser iniciada por una de las partes de un contrato, en este caso, Seguros Bolívar S.A., Cesar Poveda o Alejandra Henao.
- b. Ana María Poveda Henao y Santiago Poveda Henao no son parte dentro del contrato de seguro objeto de este litigio.
- c. Es decir que Ana María Poveda Henao y Santiago Poveda Henao carecen de falta de legitimación en la causa por activa para iniciar una acción de responsabilidad civil contractual derivado del contrato de seguro.
- d. Sin embargo, siendo imposible declarar una responsabilidad civil contractual de Davivienda por la inexistencia de un contrato de seguro celebrado por Davivienda, cualquier acción quedaría sin fundamento y fuente obligacional.

## **2. INEXISTENCIA DEL INCUMPLIMIENTO LEGAL O CONTRACTUAL DE DAVIVIENDA.**

- a. Para que se pueda imputar una responsabilidad civil contractual es necesario que se configuren los siguientes elementos: 1. Que haya un incumplimiento de un contrato, un cumplimiento defectuoso o tardío de las obligaciones del mismo, 2. La culpabilidad, 3. La ocurrencia de un daño a quien lo alega, 4. Que exista un nexo de causalidad entre el incumplimiento del contrato y el daño ocasionado.
- b. No obstante, no se ha probado, porque no existe, incumplimiento contractual de Banco Davivienda, culpabilidad de Davivienda, daño sufrido por los Demandantes y, consecuentemente, no se encuentra probado nexo de causalidad alguno.

### **2.1. Davivienda cumplió con las obligaciones legales y contractuales a su cargo**

- a. Banco Davivienda S.A. no ha celebrado contrato alguno con Ana María Poveda Henao y Santiago Poveda Henao, por lo cual, es imposible que exista un incumplimiento contractual y, en consecuencia, responsabilidad civil contractual, careciendo estos últimos de legitimación en la causa por activa para reclamar cualquier perjuicio derivado de la responsabilidad civil contractual.

- b. El único contrato que vincula al Banco Davivienda y sobre el cual se puede analizar la responsabilidad civil del Banco es sobre el contrato de leasing celebrado con Cesar Poveda y Alejandra Henao.
- c. En virtud del contrato de leasing las obligaciones de Davivienda son:
1. *“Entregar el bien objeto de este contrato.*
  2. *Entregar el bien a paz y salvo por concepto de impuestos, servicios públicos y administración, a la fecha de celebración del contrato de leasing habitacional.*
  3. *Transferir el bien libre de gravámenes inclusive en el momento en que el LOCATARIO o cesionario ejerza la opción de adquisición de que trata la cláusula vigésima séptima de este contrato.”<sup>5</sup>*
- d. La Demandante, Alejandra Henao, no ha manifestado ni probado incumplimiento contractual alguno del Banco Davivienda en relación con el contrato de leasing. Por el contrario, Davivienda ha cumplido a cabalidad sus obligaciones contractuales.
- e. Establece el artículo 1037 del Código de Comercio que:
- “Son partes del contrato de seguro:*
- 1) *El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y*
  - 2) *El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.”*
- f. Banco Davivienda únicamente es beneficiario de este contrato, lo que no hace que sea parte del mismo o tenga obligaciones contractuales.
- g. A pesar de las manifestaciones infundadas de los Demandantes, Banco Davivienda no actuó como intermediario de seguros o entidad aseguradora; es decir, no es parte dentro del contrato de seguro, ni tiene obligaciones contractuales derivadas del contrato de seguro.
- h. El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en su artículo 5 numeral 2 establece que “son intermediarios de seguros los corredores, las agencias y los agentes, cuya función consiste en la realización de las actividades contempladas en el presente Estatuto.”.

---

<sup>5</sup> Cláusula décima novena del contrato de Leasing.

- i. Banco Davivienda no actúa, ni tiene licencia para actuar como corredor, agencia o agente de seguros.
- j. Así las cosas, en virtud del contrato de seguros, la eventual obligación de realizar el pago de la indemnización por la ocurrencia del siniestro está a cargo del asegurador, es decir, en este caso Seguros Bolívar<sup>6</sup>, en ningún momento a cargo de Davivienda. Y aun más, de existir tal obligación de pago del contrato de seguro, el beneficiario único en este caso sería el Banco, no los aquí demandantes.
- k. En conclusión, no se encuentra probado, porque no existe incumplimiento contractual de Banco Davivienda, por el contrario, el Banco ha cumplido a cabalidad sus obligaciones. En todo caso, la pretensión condenatoria propuesta por los Demandantes respecto del pago de la indemnización con ocasión del contrato de seguros se encuentra a cargo de Seguros Bolívar S.A. y no a cargo de Davivienda y, en el remoto caso que existiere tal responsabilidad, el beneficiario sería el Banco no los demandantes, ni en responsabilidad civil contractual ni extracontractual.
- l. Por otro lado, el Demandante no probó el daño ocasionado y en caso de que se encuentre probado el daño, el mismo no se genera del actuar de Davivienda, rompiendo así el nexo de causalidad.
- m. Finalícese indicando que la única pretensión condenatoria reclamada respecto del Banco, pretensión cuarta<sup>7</sup>, no corresponde a consecuencia jurídica alguna, ni contractual ni extracontractual, que se desprenda del litigio planteado.

En conclusión, no existe responsabilidad alguna por parte de Davivienda, siendo así improcedentes las pretensiones del Demandante frente a Davivienda.

### **3. EXCEPCIONES GENÉRICAS**

Solicito respetuosamente que se declaren probadas todas las demás excepciones que se acrediten en el curso del proceso, dentro de ellas las de

---

<sup>6</sup> Artículo 1080 Código de Comercio.

<sup>7</sup> "... pagar a los demandantes intereses comerciales moratorios a la tasa máxima señalada por la superintendencia Bancaria, sobre la suma correspondiente, desde el 06 de octubre de 2017 y hasta cuando las sociedades demandadas demuestren haberlos cancelados"

prescripción, compensación y nulidad relativa, las cuales alego expresamente.

## **V. PRUEBAS**

Se solicita al Despacho sea decretadas y practicadas las siguientes pruebas:

### **1. Documentales**

1. Copia de la solicitud de leasing suscrita por los Locatarios el 28 de septiembre de 2015, el original se encuentra en la carpeta comercial de los Locatarios.
2. Copia de la comunicación del 5 de octubre de 2015 en la cual se informa a los Locatarios la aprobación de la solicitud de Leasing, el original se encuentra en poder de los Locatarios.
3. Copia de la solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad suscrita por los Locatarios el 1 de diciembre de 2015, el original se encuentra en la carpeta comercial de los Locatarios.
4. Copia del contrato de leasing suscrito entre los Locatarios y Banco Davivienda S.A., el original se encuentra en la carpeta comercial de los Locatarios.
5. Copia de la comunicación dirigida a los Locatarios donde se informa el desembolso del leasing, el original se encuentra en poder de los Locatarios.
6. Copia de la comunicación del 10 de agosto de 2016 dirigida a los Locatarios donde se informa la disminución del valor financiado, el original se encuentra en poder de los Locatarios.

### **2. Interrogatorio de parte.**

Conforme lo consagrado en el Art. 198 del Código General del Proceso solicito se cite a la Demandante con el fin de que absuelva el interrogatorio de parte que sobre los hechos materia del litigio le formularé.

Me reservo el derecho de presentar el interrogatorio en sobre cerrado o de formularlo oralmente durante el curso de la respectiva audiencia, tal y como está previsto en el Art. 202 del C.G.P.

**VI. ANEXOS.**

1. Pruebas documentales anunciadas en el acápite de pruebas.
2. Poder especial para actuar, el cual fue remitido vía correo electrónico [ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co) el viernes 11 de septiembre de 2020, en todo caso se adjunta nuevamente el mismo.
3. Certificado de existencia y representación legal del Banco Davivienda S.A.

**VII. NOTIFICACIONES**

Al **DEMANDANTE** en las indicadas en la demanda.

A **DAVIVIENDA S.A.** en la Avenida el Dorado # 68C-61. Oficina 804 en la dirección de correo electrónico: [notificacionesjudiciales@davivienda.com](mailto:notificacionesjudiciales@davivienda.com)

La suscrita apoderada en la Carrera 19B # 83-02. Oficina: 407. Bogotá D.C. Celular: 318 837 3489/310 799 8405. Correo electrónico: [marcelo.jimenez@jimenezrlegal.com](mailto:marcelo.jimenez@jimenezrlegal.com); [laura.montoya@jimenezrlegal.com](mailto:laura.montoya@jimenezrlegal.com)

Respetuosamente,

**LAURA PIEDAD MONTOYA OVIEDO**

C.C. No. 1.015.439.695 de Bogotá

T.P. No. 296.748 del C. S. de la J.



Limpiar formulario

# SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONA NATURAL

1062 OFICINA CHICO

Instrucciones. Por favor llenar a letra imprenta legible. Los espacios sombreados serán diligenciados por Davivienda

Fecha 28-9-2015 Ciudad Bogotá Código Oficina 8062  
 Nombre Oficina Chico Código Sucursal 00 Código Estrategia 32AD  
 Código Convenio 0 Nombre Convenio 0 Código Estrategia cliente 0  
 El Cliente Posee Productos en el Banco?  Tarjeta de Crédito  Crédito de Vehículo  Crédito de Vivienda  Crediepress Rotativo  Inversión y/o Ahorro  Crediepress Fijo

**YENY PATRICIA OBANDO RUBIANO**  
**52.901.739**  
 C.C. **52.901.739**  
 Código Agente Vendedor

## 1. PRODUCTOS A SOLICITAR

**CRÉDITO DE CONSUMO** ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EN EL BANCO

**CREDEXPRESS**  
 Rotativo  Fijo   
 Libre Inversión  Libre Inversión  Libranza Libre Inversión  Otro   
 Compra de Cartera  Libranza Compra de Cartera

Cupo Solicitado \$ \_\_\_\_\_ No. Cuenta para Desembolso \_\_\_\_\_  
 Plazo en Meses \_\_\_\_\_

**TARJETA DE CRÉDITO**  
 Dineros  Foto  Visa  MasterCard   
 Personal  Club  Si  Personal  Visa Práctica Libranza  Personal  Amparada   
 Joven  Colegio  No  Amparada  Garantizada  Garantizada   
 Adicional/Amparada  Práctica

Otra Cual? \_\_\_\_\_ Cupo Solicitado \$ \_\_\_\_\_  
 Préstamo Ilíquidez

**CRÉDITO DE VEHÍCULO** ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EN EL BANCO

Crédito de Vehículo Otra Cual? \_\_\_\_\_ Libranza (Nómina)  Si  No  
 Nuevo  Usado Servicio:  Particular  Público Marca \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_  
 Valor Comercial \$ \_\_\_\_\_ Valor a Financiar \$ \_\_\_\_\_ Canal:  Directo  Concesionario Plazo Meses \_\_\_\_\_

**CRÉDITO HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL** ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EN EL BANCO

<b>DESTINO DEL CRÉDITO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Adquisición <input type="checkbox"/> Directo Individual <input type="checkbox"/> Directo Constructor. <input checked="" type="checkbox"/> Subrogación Constructor. Nombre Constructor: <u>Cesari</u> Crédito Constructor No <u>Grm Resende Romera</u> Nombre del Proyecto: <u>T 1 AP 901</u> <input type="checkbox"/> Subrogación Individual <input type="checkbox"/> Subrogación con Ampliación <input type="checkbox"/> Bien Recibido en Pago. <input type="checkbox"/> Vivienda sobre Plano <input type="checkbox"/> Libre Inversión <input type="checkbox"/> Compra Cartera <input type="checkbox"/> Remodelación <input type="checkbox"/> Diferente de Vivienda (Local, Consultorio, Oficinas) <input type="checkbox"/> Cesión de Crédito. Nombre de Entidad _____ <input type="checkbox"/> Otro Cual? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Leasing Habitacional Opción de compra: <input checked="" type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> Leasing Cobranza Opción de compra: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40%	<b>FINANCIACIÓN</b> Crédito solicitado o valor a financiar en leasing VALOR \$ <u>480.000.000</u> % _____ <b>RECURSOS PROPIOS</b> <u>338.060.900</u> <b>CUOTAS INICIALES O CAMBIO INICIAL</b> Subsidio _____ Hipoteca 2 Grado _____ Otros Créditos _____ Valor Inmueble \$ <u>818.060.900</u> Plazo en Meses <u>240</u> Modalidad de Crédito o Leasing <input checked="" type="checkbox"/> Pesos <input type="checkbox"/> U.V.R. Libranza (Nómina) <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<b>INFORMACIÓN DEL INMUEBLE</b> Fecha de entrega <u>10-8-2016</u> Tipo de Inmueble <input type="checkbox"/> Casa <input checked="" type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otro Estado del Inmueble <input checked="" type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Usado Uso del Inmueble <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Otro Dirección del Inmueble <u>Ar Boyaca con Esperanza</u> Teléfono <u>6516066</u> Barrio <u>Salitre</u> Ciudad <u>Bogotá</u> Garaje <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sencillo <input checked="" type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Cubierto <input type="checkbox"/> Descubierta
---	--	---

**INFORMACIÓN DEL VENDEDOR (Crédito Hipotecario y Leasing Habitacional)** ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EN EL BANCO

Nombre(s) Cesari Primer Apellido Grm Resende Romera Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
 Tipo Identificación:  C.C.  R.N.  C.E. No. Identificación 96000531 No. de cuenta en Davivienda \_\_\_\_\_ Dirección Cl 116 # 7-25  
 Ciudad Bogotá Teléfono 1 6516066 Teléfono 2 \_\_\_\_\_  
 Información de crédito con Davivienda Número de Crédito \_\_\_\_\_ Saldo de Crédito \$ \_\_\_\_\_ Días de Mora \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL PRIMER SOLICITANTE

**INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA NATURAL**

Nombre(s) CESAR AUGUSTO Primer Apellido POVEDA Segundo Apellido SUAREZ  
 Sexo  F  M Ciudad de Nacimiento Bogotá Fecha de Nacimiento 05-06-1972  
 Tipo Identificación:  C.C.  T.I.  C.E. No. Identificación 79569.301 Fecha de Expedición 14-09-1990 Ciudad de Expedición Bogotá  
 Profesión MEDICO RADIOLOGO No. Personas a Cargo 3 Vivienda  Familiar  Propia  Arrendada  
 Estado Civil:  Soltero  Unión Libre  Viudo  Religioso (a)  Casado  Separado  Divorciado

**LOCALIZACIÓN**

Residencia	Dirección <b>CR 63 22 A 41 AP 917</b>		Ciudad <b>BOGOTA</b>	Teléfono <b>3244410</b>	Dirección Correspondencia (Seleccione una)
(Oficina u Otra)	Dirección <b>CL 1 9 81</b>		Ciudad <b>BOGOTA</b>	Teléfono o Fax <b>3340934</b>	Ext. _____
E-mail	<b>cesar_poveda@hayoo.com</b>		Celular <b>3102475552</b>		

**ACTIVIDAD LABORAL**

<input checked="" type="checkbox"/> Empleado	Empleado	Nombre de la Entidad <b>COL IMAGENES Y CIA LTDA</b>	Actividad Económica <b>Salud</b>	Contrato	
<input type="checkbox"/> Independiente	Independiente	Cargo <b>Medico</b>	Nit. <b>830.050.899-9</b>	Años de Vida Laboral <b>17</b>	
<input type="checkbox"/> Rentista de Capital	Rentista de Capital	Fecha de Constitución _____	Actividad Económica _____	Fecha de Ingreso <b>(1998-09-01)</b>	
		Nombre de la Empresa _____	Manejo Recursos Públicos <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

<b>INGRESOS MENSUALES</b>	Sueldo Básico \$ <b>17.063.042</b>	0	<b>EGRESOS MENSUALES</b>	Atendido \$ _____	0
	Honorarios \$ _____	0		Gastos Familiares \$ _____	4.500.000
	Otros Ingresos \$ _____	0		Total Cuota Créditos \$ _____	200.000
	Total Ingresos \$ <b>17.063.042</b>	0		Total Egresos \$ _____	4.700.000
Descripción Otros Ingresos _____					

**FINCA RAÍZ**

<b>Inmueble 1</b>	Tipo <input type="checkbox"/> Casa <input checked="" type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otro	Cuál? _____	Dirección <b>CR 63 22 A 41 AP 917</b>	Saldo Hipoteca _____	Valor Comercial <b>450.000.000</b>
	Ciudad <b>BOGOTA</b>	Matricula Inmobiliaria _____			
<b>Inmueble 2</b>	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otro	Cuál? _____	Dirección <b>KM 3 VIA CARMEN DE APICALA GIRARDOT</b>	Saldo Hipoteca _____	Valor Comercial <b>550.000.000</b>
	Ciudad <b>CARMEN DE APICA</b>	Matricula Inmobiliaria _____			

**VEHÍCULO**

<b>Vehículo 1</b>	Marca <b>RENAULT STEPWAY</b>	Modelo <b>2014</b>	Placa <b>MBV312</b>	Saldo de la Deuda _____	Valor Comercial <b>25.000.000</b>
	Entidad de la Deuda _____				
<b>Vehículo 2</b>	Marca _____	Modelo _____	Placa _____	Saldo de la Deuda _____	Valor Comercial _____
	Entidad de la Deuda _____				

**ACTIVOS Y PASIVOS**

Otros Activos	Descripción <b>MUEBLES Y ENSERES</b>	Valor <b>30.000.000</b>	Otros Pasivos	Descripción <b>CONSUMO</b>	Valor <b>1.500.000</b>
Total Activos \$ <b>1.055.000.000</b>		Total Pasivos \$ <b>1.500.000</b>			

**REFERENCIAS**

Familiar	Nombre y Apellidos <b>ANA LUCIA POVEDA</b>	Parentesco <b>HERMANA</b>	Teléfono <b>6178371</b>	Dirección <b>CL 116 55 C 40 T 3 QAP 720</b>	Ciudad <b>BOGOTA</b>
Personal	<b>CARLOS ENRIQUE RODRIG</b>		<b>3002152594</b>	<b>CONJ HDA FONTANAR CS NOGAL 40</b>	<b>CHIA</b>
Comercial					

**OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿Tiene Operaciones Internacionales?	Que Tipo de Operaciones	Posee cuentas en moneda extranjera
<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Monto Estimado Mensual	<input type="checkbox"/> Préstamos	Destino / Origen
US \$ _____	<input type="checkbox"/> Exportación	País _____ Ciudad _____
	<input type="checkbox"/> Pago de Servicios	Nombre Remitentes o Beneficiarios _____
	<input type="checkbox"/> Inversiones	Banco _____
	<input type="checkbox"/> Otras (cuáles?) _____	No. Cuenta _____
		Moneda _____

**AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO**

<input type="checkbox"/> Si	Nombre o Razón Social _____	Nit. / C.C. _____	Valor _____	No. obligación (Aplica para Compra de Cartera) o No. Cuenta en Davivienda. _____
<input checked="" type="checkbox"/> No				

Suscripción Revistas:

Revista Dinero  Revista Dini  Revista Arxiss



# NO DEMUESTRA INGRESOS

## 3. INFORMACIÓN SEGUNDO SOLICITANTE / AMPARADO / ADICIONAL / CÓNYUGE / CODEUDOR / DEUDOR SOLIDARIO



Segundo Solicitante  
  Amparado  
  Adicional  
  Cónyuge  
  Codeudor  
  Deudor Solidario

### INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA NATURAL

Nombre(s) ALEJANDRA      Primer Apellido HENAO      Segundo Apellido ARENAS  
 Sexo  F    M      Ciudad de Nacimiento LA ESTRELLA      Fecha de Nacimiento 14/07/1972  
 Tipo Identificación:  CC    TI    CE      No. Identificación 42798419      Fecha de Expedición 06/10/1993      Ciudad de Expedición LA ESTRELLA  
 Profesión BACTERIOLOGA      No. Personas a Cargo 0      Vivienda  Familiar    Propia    Arrendada  
 Estado civil:  Soltero    Unión Libre    Viudo    Religioso (a)    Casado    Separado    Divorciado  
 Parentesco:  Cónyuge    Papá    Mamá    Abuelo (a)    Hijo (a)    Hermano    Amigo (a)   Otro ¿Cuál?

### LOCALIZACIÓN

**Residencia**  
 Dirección CR 63 22 A 41 AP 917      Ciudad BOGOTA      Teléfono 3244410      Dirección Correspondiente (Seleccionar una)   
 (Oficina u otra)  
 Dirección CR 63 22 A 41 AP 917      Ciudad BOGOTA      Teléfono o Fax 3244410      Ext. \_\_\_\_\_  
 E-mail alejandra\_henao@yahoo.com      Celular 3112879426

### ACTIVIDAD LABORAL

Empleado      Empleado Nombre de la Entidad \_\_\_\_\_ Actividad Económica \_\_\_\_\_ Contrato  Fijo    Indefinido  
 Cargo \_\_\_\_\_ NII \_\_\_\_\_ Años de Vida Laboral \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_  Prestación de Servicios  
 Independiente      Independiente/Ocupación Bacteriologa      Nombre de la Empresa ALEJANDRA HENAO ARENAS  
 Rentista de Capital      Rentista de Capital \_\_\_\_\_ Fecha de Constitución 06/06/2000      Actividad Económica SALUD

### INFORMACIÓN FINANCIERA

<b>INGRESOS MENSUALES</b> Sueldo Básico \$ _____ Honorarios \$ _____ Otros Ingresos \$ <u>1.000.000</u> Total Ingresos \$ <u>1.000.000</u> Descripción Otros Ingresos <u>Reventa e-pon</u>	<b>EGRESOS MENSUALES</b> Arrendo \$ _____ Gastos Familiares \$ <u>500.000</u> Total Cuota Créditos \$ _____ Total Egresos \$ <u>500.000</u> Maneja Recursos Públicos <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
---	--

### FINCA RAÍZ

**Inmueble 1**  
 Tipo  Casa    Apartamento    Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Matrícula Inmobiliaria \_\_\_\_\_ Saldo Hipoteca \_\_\_\_\_ Valor Comercial \_\_\_\_\_  
**Inmueble 2**  
 Tipo  Casa    Apartamento    Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Matrícula Inmobiliaria \_\_\_\_\_ Saldo Hipoteca \_\_\_\_\_ Valor Comercial \_\_\_\_\_

### VEHÍCULO

**Vehículo 1**  
 Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Placa \_\_\_\_\_ Saldo de la Deuda \_\_\_\_\_  
 Entidad de la Deuda \_\_\_\_\_ Valor Comercial \_\_\_\_\_  
**Vehículo 2**  
 Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Placa \_\_\_\_\_ Saldo de la Deuda \_\_\_\_\_  
 Entidad de la Deuda \_\_\_\_\_ Valor Comercial \_\_\_\_\_

### ACTIVOS Y PASIVOS

Otros Activos Descripción <u>EMPRESA</u> Valor <u>\$ 30.000.000</u> Total Activos \$ <u>\$ 30.000.000</u>	Otros Pasivos Descripción <u>NO REGISTRA</u> Valor _____ Total Pasivos \$ _____
---	---

### REFERENCIAS

Familia	Nombre y Apellidos	Parentesco	Teléfono	Dirección	Ciudad
	<u>NATALIA ARENAS</u>	<u>PRIMA</u>	<u>3155321869</u>	<u>CR 57 134 20 AP 903 T2</u>	<u>BOGOTA</u>
Personal	<u>MARGARITA POVEDA</u>		<u>5475904</u>	<u>CR 57 53 50 AP 401 INT 1</u>	<u>BOGOTA</u>
Comercial					

### OPERACIONES INTERNACIONALES

Sí    No      ¿Tiene Operaciones Internacionales?

Que Tipo de Operaciones:  
 Importaciones    Préstamos    Exportación    Pago de Servicios    Inversiones    Otros Cuáles? \_\_\_\_\_

Posee cuentas en moneda extranjera  Sí    No  
 Destino / Origen País \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Nombre Remitentes o Beneficiarios \_\_\_\_\_  
 Banco \_\_\_\_\_  
 No. Cuenta \_\_\_\_\_  
 Moneda \_\_\_\_\_

 Revista Dimers

 Revista Dini

 Revista Axis

**4. INFORMACIÓN PARA TARJETA JOVEN / CRÉDITO UNIVERSITARIO**

Colegio Nombre Institución \_\_\_\_\_  
 Universidad Carrera \_\_\_\_\_ Semestre / Grado \_\_\_\_\_ Ciudad Institución \_\_\_\_\_

**5. INFORMACIÓN TARJETAS CONVENIOS DE CLUBES Y COLEGIOS**

Nombre del Convenio \_\_\_\_\_ Tarjeta Actual  Sí  No Número \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ALUMNO - CONVENIO COLEGIOS**

Autorizo el cargue a la tarjeta de crédito arriba mencionada todas las mensualidades (pensión, alimentación, transporte, etc.) que cobra el citado colegio por mi(s) hijo(s).

<b>Primer Hijo</b>	Nombres y Apellidos _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. No. Documento _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Grado _____
<b>Segundo Hijo</b>	Nombres y Apellidos _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. No. Documento _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Grado _____

**INFORMACIÓN CONVENIO CLUBES**

Autorizo:

- Que todos los consumos que sean realizados en dicho club y las cuotas de mantenimiento que mensualmente se cobran por el número de acción sean cargados a mi No. de Tarjeta actual o a la tarjeta que sea asignada en virtud de la presente solicitud.
- Que el saldo de las obligaciones a mi cargo y a favor del club anteriormente citado con corte de 20 \_\_\_\_\_ (para compra de cartera) sea cargado a mi número de tarjeta actual o a la tarjeta que sea asignada en virtud de la presente solicitud.
- La expedición de las siguientes tarjetas de crédito Diners adicionales y acepto que los consumos que realicen mis beneficiarios sean cargados a mi cuenta.

<b>Primer Adicional</b>	Nombres y Apellidos _____ Fecha de Nacimiento _____ Profesión _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. No. Documento _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Ocupación _____ Parentesco _____ Foto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Segundo Adicional</b>	Nombres y Apellidos _____ Fecha de Nacimiento _____ Profesión _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. No. Documento _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Ocupación _____ Parentesco _____ Foto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Tercer Adicional</b>	Nombres y Apellidos _____ Fecha de Nacimiento _____ Profesión _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. No. Documento _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Ocupación _____ Parentesco _____ Foto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Cuarto Adicional</b>	Nombres y Apellidos _____ Fecha de Nacimiento _____ Profesión _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. No. Documento _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Ocupación _____ Parentesco _____ Foto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**6. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

**AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO**  
 Autorizo (amos) al BANCO DAVIENDA S.A. de conformidad con las condiciones de uso del servicio de débito automático, las cuales se me ha informado están publicados en [www.davienda.com](http://www.davienda.com), para que en caso de que me (nos) sea(n) aprobado(s) el (los) producto(s) y/o servicio(s) aquí solicitados, se debite en la fecha límite de pago de cada periodo de facturación, de mi cuenta No \_\_\_\_\_ (Ter. Solicitante) \_\_\_\_\_ (2do. Solicitante), el valor mínimo mensual a favor del BANCO DAVIENDA S.A. Esta autorización permanecerá vigente en tanto no sea revocada por escrito.

**AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO**  
 Autorizo (amos) irrevocablemente al BANCO DAVIENDA S.A. en adelante DAVIENDA, que el desembolso del crédito aprobado a mi nombre sea realizado, conforme a las instrucciones citadas en la presente solicitud.  
 En el caso de compra de cartera de consumo, declaro que conozco y acepto, que me haré responsable por la cancelación de los saldos que se encuentren pendientes de las obligaciones a mi cargo en las entidades arriba indicadas. Adicionalmente declaro, que conozco y acepto que si el desembolso es realizado en cheque, los intereses sobre el crédito se cobrarán a partir de la aprobación y desembolso y en consecuencia me obligo a retirar el título a partir del momento de aprobación.

**AUTORIZACIÓN CLUBES Y COLEGIOS**  
 Autorizamos de manera irrevocable, al BANCO DAVIENDA S.A. en adelante DAVIENDA para que cargue a la tarjeta de crédito indicada, todas las obligaciones conforme a las instrucciones citadas en la presente solicitud, igualmente, autorizo para que en caso de aumento de las mencionadas cuotas de mantenimiento o de los valores por servicios educativos, estas sean cargadas a la tarjeta de crédito referida con los saldos actualizados y suministrados por el club y/o colegio. Asimismo, declaro y acepto que cualquier reclamación relacionada con la calidad o condiciones de los servicios prestados, así como sobre los valores y cuota cargada a la tarjeta de crédito relacionada, será presentada directamente al club y/o colegio.

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL DE PRODUCTOS Y SERVICIOS Y PARA QUE DAVIENDA PUEDA COMPARTIR INFORMACIÓN**  
 Autorizo (amos) a DAVIENDA para que recole los datos que he(mos) suministrado para el estudio y evaluación de crédito y para el desarrollo de la relación contractual correspondiente al producto y/o servicio que me (nos) sea aprobado. Así como para informarme (nos) de novedades o cambios en los mismos, envío de información sobre eventos, y realización de actos de promoción y publicidad. Igualmente, podrá actualizar la información que he(mos) suministrado, desarrollar herramientas de prevención de fraude y hacer estudios estadísticos o de comportamiento sobre mis (nuestros) gustos y preferencias. Así como también podrá compartirlas con sus filiales y las demás entidades que hacen parte del Grupo Empresarial liderado por Sociedades Bolívar S.A., en Colombia o en el exterior, con el fin de que me (nos) puedan ser ofrecidos otros productos y servicios a mis (nuestros) gustos y necesidades. Esta información podrá ser compartida con entidades aliadas con el fin de darme (nos) o conocer información comercial sobre nuevos productos y servicios. Para todos los fines anteriores autorizo (amos) el uso de mi (nuestro) e-mail, correo postal, teléfono, celular, SMS, redes sociales o medios similares.

\* Las empresas que hacen parte del Grupo liderado por Sociedades Bolívar, al que pertenece DAVIENDA, se encuentran listadas en [www.davienda.com](http://www.davienda.com). "Grupo Empresarial Bolívar"

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**  
 En cumplimiento de las normas legales para la apertura y manejo de Cuentas Corrientes, de Ahorro y Depósito a Término, declaro (amos) ante DAVIENDA que los fondos/recursos depositados para este fin provienen de (Ter. Solicitante) Sabono / (2do. Solicitante) Flexado espu y no son producto de actividades ilícitas.

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO**  
 Autorizo (amos) a DAVIENDA, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi (nuestros) contrato(s) con DAVIENDA para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los Usuarios de la información (definidos en la Ley 1266 de 2008) y de información comercial, reporte a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligación(es) contraída(s) con DAVIENDA. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a DAVIENDA tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

**AUTORIZACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS**  
 Autorizo (amos) a DAVIENDA para que en el evento en que no me sea(n) aprobado(s) el (los) crédito(s) solicitado(s), lleve a cabo la destrucción de todos los documentos que he aportado con la solicitud y los que haya firmado para el efecto.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN**  
 En cumplimiento de las disposiciones legales, Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, declaro que he sido informado de manera clara y expresa de las finalidades con que se recopilan mis datos, del derecho a conocer, actualizar, corregir o suprimir la información entregada, así como que la Política de Tratamiento de Datos Personales de Davienda se encuentra disponible en la página web [www.davienda.com](http://www.davienda.com). Asimismo, he sido informado que en el evento en que no desee recibir información comercial o publicitaria proveniente de DAVIENDA, o de las empresas vinculadas al citado Grupo Empresarial o de sus aliados comerciales, podré manifestarlo en la dirección electrónica [contactenos@davienda.com](mailto:contactenos@davienda.com).

**DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN**  
 Declaro (amos) con mi (nuestra) firma que el Banco me (nos) ha informado sobre el contenido del (los) contrato(s) y (los) ha puesto a mi disposición en [www.davienda.com](http://www.davienda.com), el (los) cual(es) a(ce)pto, de manera libre y espontánea; así mismo me obligo a consultar y revisar su contenido periódicamente. Declaro que se me informó y capté acerca de las medidas de seguridad que debo tener para la realización de operaciones por cada canal, así como los procedimientos para el bloqueo, inactivación, reactivación y cambio de los datos y servicios ofrecidos por el Banco.

**DAVIENDA**

Banco Davienda S.A.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Yo (nosotros) (nuestra) firma que me (nos) han suministrado la información comprensible y legible del crédito o los créditos solicitados y que he(mos) entendido los términos y condiciones ofrecidos por el Banco Davivienda S.A. (específicamente) que he(mos) recibido la siguiente información:

El tipo de interés, periodicidad, tasa efectiva anual, tasa fija o variable, en este caso variación y margen, etc.).

El monto sobre el cual se aplica la tasa de interés.

El monto de los pagos al (los) crédito(s) solicitado.

Los gastos y cargos.

El nombre de los bienes del Deudor.

La información relevante y necesaria para mi (nuestra) adecuada comprensión.

El monto del monto que se me informó acerca de los costos y tarifas asociados al (los) producto(s), las cuales acepto. Declaro que conozco que puedo obtener más información en cualquier oficina del BANCO o Consultorio de Atención al Cliente y que toda la información suministrada es veraz.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EN PRESENCIA DE UN FUNCIONARIO DEL BANCO

*Gandhi*



*Yeny Patricia Obando*



Este espacio debe ser diligenciado en presencia del informador  
 Firma Solicitante: 79569301

Este espacio debe ser diligenciado en presencia del informador  
 Firma 2º Solicitante: cc. 02798419

USO EXCLUSIVO DEL ÁREA COMERCIAL

Código Programa Comercial	Código Producto	Código Programa Comercial	Código Coordinación
Código Programa Comercial	Código Producto	Código Programa Comercial	Nombre Coordinación
Código Programa Comercial	Código Producto	Código Programa Comercial	Campaña Interna (No. Documento)

OPINIONES Y RECOMENDACIONES

*buena y evidente satisfactorio*

Completado diligenciamiento de este formulario por parte del cliente.

La realización presencial de la entrevista con el cliente a las 6:00 horas del día 30 del mes sep de 2015 en el área que se describe a continuación:

*Patricia Obando*  
*Información*

Teléfono 3390000 ext 8066  
 Área comercial

**YENY PATRICIA OBANDO ROBANO**  
**52.901.739**

USO EXCLUSIVO DE DAVIVIENDA - ÁREA CRÉDITO

HIPOTECARIO / LEASING HABITACIONAL / CRÉDITO VEHÍCULO

<input type="checkbox"/> Vo. Bueno Auxiliar	<input type="checkbox"/> Vo. Bueno Analista	Ingresos Requeridos	Ingresos Demostrados
		Valor Cuota	Ret. Cuota / Ing.
		<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado	Valor Aprobado
		Leasing Habitacional	Valor Opción Compra
			Valor Amortiza

USO EXCLUSIVO DE CONSUMO

CrediteXpress	R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tarjeta Amparada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cupo		Cupo	
Cupo		Cupo	
Cupo		Cupo	

USO EXCLUSIVO DE SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra Cuál?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MS
--	--	--	--

**RECIBO**  
**01 OCT 2015**  
**SUBSECTOR DE VERIFICACION**

Firma profesional

Firma coordinador o jefe



DAVIVIENDA

DATA FILE S.A.



4799503

**CARTA DE AUTORIZACION PARA DILIGENCIAR EL CONTRATO  
DE LEASING Y EL PAGARE**

Bogotá D.C, 01 de Diciembre de 2015

Señores

BANCO DAVIVIENDA S. A  
Ciudad

Asunto: Contrato de Leasing  
Pagaré

**CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ Y ALEJANDRA HENAO ARENAS** identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestra) firma, actuando en mi nombre(s) propio y representación, por medio del presente escrito, AUTORIZO (AMOS) de manera irrevocable al BANCO DAVIVIENDA S.A, en adelante DAVIVIENDA, ó a la persona que resulte titular de las sumas por pagar derivadas del contrato de Leasing o del pagaré del asunto, para diligenciar, sin previo aviso, los espacios en blanco contenidos tanto en el contrato de leasing como en el pagaré indicados en el asunto, documentos que he (hemos) otorgado a su orden, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

A- ESPACIOS EN BLANCO EN EL CONTRATO: DAVIVIENDA podrá diligenciar los espacios en blanco del contrato de leasing, los cuales corresponden a las condiciones financieras y el cánón mensual, una vez efectuada la liquidación del contrato.

B- EVENTOS EN QUE DAVIVIENDA PODRA DILIGENCIAR EL PAGARE:

1- DAVIVIENDA podrá diligenciar y utilizar dicho pagaré, sin que medie aviso alguno, ante la ocurrencia de uno cualquiera de los eventos que se indican a continuación: i) Mora de una o cualquiera de las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor(es) individual(es), conjunto(s) o solidario(s), ii) Incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor(es) individual(es) , conjunto(s) o solidario(s) y en general, iii) Cuando a su juicio, DAVIVIENDA lo considere conveniente para documentar la obligación con el fin de efectuar el cobro.

Además DAVIVIENDA podrá declarar de plazo vencido todas o algunas de las obligaciones a su favor y a mi (nuestro) cargo e incorporarlas en el citado pagaré sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial para constituirme (nos) en mora.



# DAVIVIENDA

## CARTA DE AUTORIZACION PARA DILIGENCIAR EL CONTRATO DE LEASING Y EL PAGARE

Bogotá D.C, 01 de Diciembre de 2015

Señores

BANCO DAVIVIENDA S. A  
Ciudad

Asunto: Contrato de Leasing  
Pagaré

**CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ Y ALEJANDRA HENAO ARENAS** identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestra) firma, actuando en mi nombre(s) propio y representación, por medio del presente escrito, AUTORIZO (AMOS) de manera irrevocable al BANCO DAVIVIENDA S.A, en adelante DAVIVIENDA, ó a la persona que resulte titular de las sumas por pagar derivadas del contrato de Leasing o del pagaré del asunto, para diligenciar, sin previo aviso, los espacios en blanco contenidos tanto en el contrato de leasing como en el pagaré indicados en el asunto, documentos que he (hemos) otorgado a su orden, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

A- ESPACIOS EN BLANCO EN EL CONTRATO: DAVIVIENDA podrá diligenciar los espacios en blanco del contrato de leasing, los cuales corresponden a las condiciones financieras y el cánón mensual, una vez efectuada la liquidación del contrato.

B- EVENTOS EN QUE DAVIVIENDA PODRA DILIGENCIAR EL PAGARE:

1- DAVIVIENDA podrá diligenciar y utilizar dicho pagaré, sin que medie aviso alguno, ante la ocurrencia de uno cualquiera de los eventos que se indican a continuación: i) Mora de una o cualquiera de las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor(es) individual(es), conjunto(s) o solidario(s), ii) Incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor(es) individual(es) , conjunto(s) o solidario(s) y en general, iii) Cuando a su juicio, DAVIVIENDA lo considere conveniente para documentar la obligación con el fin de efectuar el cobro.

Además DAVIVIENDA podrá declarar de plazo vencido todas o algunas de las obligaciones a su favor y a mi (nuestro) cargo e incorporarlas en el citado pagaré sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial para constituirme (nos) en mora.



# DAVIVIENDA

2- CAPITAL. La cuantía del pagaré por concepto de capital será igual al monto de todas o parte de las sumas, que por cualquier concepto, como capital, cánones del contrato de leasing, seguros, gastos administrativos y de cobranza, timbres, portes, honorarios de peritos, abogados, impuestos de cualquier orden, servicios públicos domiciliarios, servicio de administración, comisiones, y cualquier otra suma diferente a intereses, llegue (mos) a deber a DAVIVIENDA se encuentren o no con plazo vencido y que estén insolutas a la fecha de llenar el pagaré por cualquier motivo, de conformidad con el documento que contenga la liquidación efectuada por DAVIVIENDA.

3-INTERESES CAUSADOS Y NO PAGADOS: si a la fecha de diligenciamiento del citado pagaré existieren intereses causados y no pagados correspondientes a cualquiera de las obligaciones a mi (nuestro) cargo, autorizo (amos) a DAVIVIENDA para incluir el monto total que resulte por este concepto, de conformidad con el documento que contenga la liquidación de la obligación, en el espacio que para tal efecto se encuentra previsto en el pagaré. Sobre dichas sumas no se liquidarán intereses, sin perjuicio de que DAVIVIENDA ejerza los derechos que le confiere el Art. 886 del C.Co.

4- FECHA DE CREACION: La fecha de creación del pagaré corresponderá a aquella en que se diligencie el pagaré, conforme a las presentes instrucciones.

5- FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha de vencimiento será la del día inmediatamente siguiente a la fecha de creación.

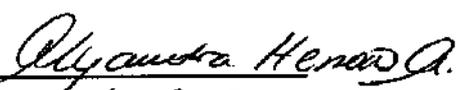
6- LUGAR DE CREACION Y PAGO: El lugar de pago y creación del citado pagaré será el mismo lugar de suscripción de la presente carta de autorización.

7- IMPUESTO DE TIMBRE: El pago del impuesto de timbre, cuando a él haya lugar, será de mi (nuestro) cargo.

Así mismo, autorizo (amos) a DAVIVIENDA para diligenciar los espacios relativos a : i) mi (nuestros) nombre(s), ii) número(s) de identidad, iii) calidad en la que actúo (amos) de conformidad con los documentos del contrato de leasing.

A los (01) días del Mes de Diciembre del año 2015,

  
C.C No. 7956930

  
C.C No. 42798415



# DAVIVIENDA

2- CAPITAL. La cuantía del pagaré por concepto de capital será igual al monto de todas o parte de las sumas, que por cualquier concepto, como capital, cánones del contrato de leasing, seguros, gastos administrativos y de cobranza, timbres, portes, honorarios de peritos, abogados, impuestos de cualquier orden, servicios públicos domiciliarios, servicio de administración, comisiones, y cualquier otra suma diferente a intereses, llegue (mos) a deber a DAVIVIENDA se encuentren o no con plazo vencido y que estén insolutas a la fecha de llenar el pagaré por cualquier motivo, de conformidad con el documento que contenga la liquidación efectuada por DAVIVIENDA.

3-INTERESES CAUSADOS Y NO PAGADOS: si a la fecha de diligenciamiento del citado pagaré existieren intereses causados y no pagados correspondientes a cualquiera de las obligaciones a mi (nuestro) cargo, autorizo (amos) a DAVIVIENDA para incluir el monto total que resulte por este concepto, de conformidad con el documento que contenga la liquidación de la obligación, en el espacio que para tal efecto se encuentra previsto en el pagaré. Sobre dichas sumas no se liquidarán intereses, sin perjuicio de que DAVIVIENDA ejerza los derechos que le confiere el Art. 886 del C.Co.

4- FECHA DE CREACION: La fecha de creación del pagaré corresponderá a aquella en que se diligencie el pagaré, conforme a las presentes instrucciones.

5- FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha de vencimiento será la del día inmediatamente siguiente a la fecha de creación.

6- LUGAR DE CREACION Y PAGO: El lugar de pago y creación del citado pagaré será el mismo lugar de suscripción de la presente carta de autorización.

7- IMPUESTO DE TIMBRE: El pago del impuesto de timbre, cuando a él haya lugar, será de mi (nuestro) cargo.

Así mismo, autorizo (amos) a DAVIVIENDA para diligenciar los espacios relativos a : i) mi (nuestros) nombre(s), ii) número(s) de identidad, iii) calidad en la que actúo (amos) de conformidad con los documentos del contrato de leasing.

A los (01) días del Mes de Diciembre del año 2015.

  
C.C No. 79569301 

  
C.C No. 42798419 



# DAVIVIENDA

DATAFILE S.A.



4603140

BOGOTA, Octubre 5 de 2015

Señor  
CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ  
KR 63 22A 41 AP 917  
BOGOTA D.C

Asunto: Leasing Habitacional No. 06000323006423050

Solicitud No. 7817966

Estimado Señor Poveda:

Reciba(n) un cordial saludo de DAVIVIENDA. Analizada su solicitud nos complace informarle(s) que el Banco le(s) ha aprobado una operación de leasing habitacional familiar por la suma de \$480.000.000 , bajo las siguientes condiciones financieras:

Fecha de aprobación:	05/10/2015
Valor venta del inmueble:	\$818.060.900
Valor avalúo del inmueble:	\$818.060.900
Dirección del inmueble:	AV BOY CON ESPERANZA T1 AP901
Barrio:	SALITRE
Ciudad:	BOGOTA D.C
Canon inicial:	\$338.060.900
Opción de adquisición:	0,00%
Valor opción de adquisición:	\$000
Plazo de la operación:	240 meses

Tasa de interés remuneratoria: Será la tasa de interés remuneratoria efectiva que esté cobrando DAVIVIENDA en la fecha de iniciación del contrato de leasing habitacional; es decir, aquella en la que se efectúe el desembolso del dinero derivado del perfeccionamiento de la operación de

Asunto: Leasing Habitacional No. 06000323006423050 Solicitud No. 7817966

leasing habitacional. Las tasas estarán publicadas en las carteleras de la red de oficinas o en la página de Internet del Banco. En tratándose de financiación de vivienda familiar, la tasa de interés remuneratoria no excederá los límites máximos establecidos por la Junta Directiva del Banco de la República.

**Sistema de amortización:** Fija en Pesos – Cuota constante ( Sistema de amortización gradual en pesos)

**Seguros:** Seguro contra incendio y terremoto que protege el inmueble en este tipo de situaciones, el cual cubre toda la parte destructible por su valor comercial y durante toda la vigencia del contrato de leasing habitacional, así como en desastres naturales o actos malintencionados de terceros. Seguro de vida deudores con amparo de muerte y anexo de incapacidad total o permanente, que cubre el saldo de la deuda (capital no pagado e intereses corrientes) en caso de fallecimiento o incapacidad total o permanente del deudor. El valor de la prima de las pólizas de seguro estará a cargo del(os) locatarios(s) del contrato de leasing habitacional.

**Condiciones comerciales de la operación de leasing habitacional:**

1. Si el inmueble que usted está financiando es usado DAVIVIENDA le concede un plazo máximo de ciento veinte (120) días contados a partir de la fecha de la presente comunicación, para presentar la primera copia de la escritura pública de compraventa a favor del Banco, debidamente registrada en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos correspondiente, junto con el certificado de tradición y libertad del inmueble que se financiará a través de leasing habitacional, en el que conste la inscripción de la misma. En la financiación de un inmueble nuevo el plazo está definido por la terminación de la construcción, con un plazo máximo de quinientos cuarenta (540) días contados a partir de la fecha de la presente comunicación. Vencidos estos términos (tanto para inmuebles usados como nuevos) sin que la mencionada condición se hubiere cumplido, DAVIVIENDA podrá solicitar la actualización de la información financiera con el fin de ratificar las condiciones inicialmente aprobadas o, en su defecto, para realizar un nuevo estudio de crédito o dar esta operación de leasing por no utilizada.



# DAVIVIENDA

Asunto: Leasing Habitacional No. 06000323006423050 Solicitud No. 7817966

2. El desembolso del dinero derivado del perfeccionamiento de la operación de leasing habitacional y la suscripción del respectivo contrato, estará sujeto a la aceptación y transferencia de propiedad del inmueble a financiar en favor de DAVIVIENDA. Para tal efecto, el Banco asignará un abogado externo quien realizará estudio de títulos del inmueble y emitirá un concepto favorable o desfavorable respecto del mismo, para lo cual el inmueble deberá estar libre de hipotecas, demandas civiles, embargos, condiciones resolutorias, censos, anticresis, servidumbres, pleitos pendientes y en general, de todo gravamen o limitación al dominio.
3. Al momento del desembolso el valor del canon inicial pactado entre vendedores y compradores del inmueble que el Banco financiará, deberá estar totalmente cancelada.
4. Igualmente el desembolso estará sujeto a la disponibilidad de fondos de DAVIVIENDA. Así mismo, tanto el desembolso como la subrogación, según sea el caso, estarán sujetos al mantenimiento de las circunstancias patrimoniales personales, de comportamiento de pagos y de cualquier otra índole del beneficiario, que hayan sido determinantes para la presente aprobación, por lo que DAVIVIENDA en cualquier tiempo podrá solicitar la actualización de la información financiera de la siguiente forma: (i) si es empleado certificación de la empresa donde usted trabaja en la que conste cargo, salario devengado y antigüedad y (ii) si es independiente declaración de renta o los últimos tres (3) extractos de sus cuentas corrientes o de ahorros y los documentos adicionales requeridos para tal efecto por el Banco.
5. Si el leasing habitacional aprobado fuera numerado nuevamente por razones operativas, no significa que se trate de una novación o una obligación distinta.
6. En el evento de que el inmueble que usted va a financiar esté garantizando un crédito vigente otorgado por DAVIVIENDA, deberá previamente cancelarse el saldo de esta obligación, para que el leasing habitacional a usted aprobado sea desembolsado.
7. Con el fin de realizar el desembolso al vendedor del inmueble, usted debe presentar los siguientes documentos: (i) contrato de leasing habitacional suscrito; (ii) carta de instrucciones para diligenciar espacios en blanco del contrato y pagaré; (iii) pagaré suscrito; (iv) declaración de asegurabilidad diligenciada (seguro de vida e incapacidad total o permanente); (v) primera copia de la escritura pública de compraventa a favor de DAVIVIENDA, con visto bueno final del abogado externo del Banco; (vi) certificado de tradición y libertad del inmueble que se financiará a través de leasing habitacional, en el que conste la inscripción de la escritura pública de compraventa a favor de

Asunto: Leasing Habitacional No. 06000323006423050 Solicitud No. 7817966

DAVIVIENDA, libre de todo gravamen o limitación al dominio; (vii) acta de entrega del inmueble recibida a entera satisfacción del(os) potencial(es) locatario(s); (viii) cesión del contrato de promesa de compraventa suscrito entre vendedores y compradores del inmueble a financiar, en favor de DAVIVIENDA y, (xi) cuando el vendedor del inmueble sea una persona jurídica adjuntar la factura original de compraventa del bien, bajo los parámetros establecidos por la ley.

Cita para firma de documentos:

De lunes a viernes de 8:30 AM A 4:00 PM en las oficinas del Banco ubicadas en la CL 28 13A 24 PISO 1 de esta ciudad, donde cualquiera de nuestros funcionarios con gusto lo(s) atenderán. Deberá(n) comparecer el mismo para la firma de los documentos el(os) locatario(s) del contrato de leasing habitacional, presentando el documento de identificación personal:

Locatario(s): Cesar Augusto Poveda Suarez, Alejandra Henao Arenas

Codeudor(es):

Con su leasing habitacional usted y los suyos hacen parte del grupo de nuestros clientes preferenciales y además tienen en sus manos la llave de acceso a una variedad de productos.

Lo invitamos a que conozca y disfrute de todos los beneficios que le ofrece DAVIVIENDA a través de su portafolio de productos, que incluye: cuenta de ahorros, cuenta corriente con sobregiro de hasta 36 meses a través del cupo de crédito rotativo Crediexpress, tarjetas de crédito Diners Club, Visa y MasterCard, crédito de vehículo, entre otros y, una amplia gama de inversiones a corto, mediano y largo plazo con excelente rentabilidad.

Recuerde que usted dispone de la red de oficinas y cajeros automáticos de DAVIVIENDA en todo el país, así como Teléfono Rojo y página de Internet, para que pueda realizar todas las transacciones que requiera con la mayor comodidad, desde su casa u oficina.



# DAVIVIENDA

Asunto: Leasing Habitacional No. 06000323006423050 Solicitud No. 7817966

En caso de necesitar información adicional sobre financiación de vivienda, comuníquese completamente gratis desde cualquier parte del país con nuestra sucursal virtual a través de la línea 01 8000 123 838 o en Bogotá al 3 38 38 38 donde uno de nuestros asesores con gusto lo atenderá las 24 horas del día.

Cordialmente,

**MARIO CORREA MESA**  
Jefe Evaluación de Crédito con Garantía

**SOLICITUD DE SEGURO UNIFICADA  
PRODUCTOS VIDA PROTECCIÓN Y HOGAR PROTECCIÓN TO**

DATA FILE S.A.  
4799506

LOS SEGUROS ESTARÁN EN VIGENCIA CUANDO EN SEÑAL DE ESTA SOLICITUD LAS COMPAÑÍAS EXPIDAN LAS PÓLIZAS RESPECTIVAS. LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO DE NO APROBAR ESTA SOLICITUD DE SEGURO.

Fecha de solicitud	Código oficina de venta	Cédula funcionario	Código funcionario	Producto
D 15	3220	NP:27892		Vida 759 <input type="radio"/> Hogar 339 <input checked="" type="radio"/>

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento	Tipo de identificación	No. de identificación
ALEXANDRA	HENAO ARENAS	14/07/72	CC <input checked="" type="radio"/> CE <input type="radio"/>	42798419
Dirección de correspondencia	Barrio	Ciudad	Departamento	
CR 63 22 A 41 AP 917	CIUDAD SAULIE	BOGOTÁ	CUNDINAM.	
Teléfono de contacto	Número celular	Correo electrónico		
3244410	3112879426	alexandra_henao@yahood.com		

**Amparos Vida**

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS BOLÍVAR

Amparos solicitados	Amparos otorgados	Condiciones especiales
Muerte	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Muerte	
Incapacidad total y permanente	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente	

**Valor Asegurado Vida**

Opción:	Monto:
A	

**Beneficiarios Vida**

Nombre o Razon social	Parentesco	Calidad	% participación
Conjugal		CONYUGO	100

**Hogar Protección Total - Datos del Inmueble a Asegurar**

Dirección del inmueble	Barrio	Ciudad	Departamento
Cruz Reserva de Páramo Torre 1 A 901	Ciudad Saúl	BOGOTÁ	Cundinamarca
Valor asegurado	Tipo de vivienda	Año en que se construyó el inmueble	
\$818.060.900	Apartamento	2016	

NOTA: El valor asegurado debe corresponder al Valor Comercial del inmueble. El inmueble asegurado debe ser residencia familiar y estar dentro del perímetro urbano.

Vigencia desde	Vigencia hasta	Periodicidad de pago	Valor de la prima	No. de producto
D M A	D M A	Mensual	\$	

**Observaciones**

--

**Firmas**

*Janni Acuña*  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

*Olga Alejandra Henao*  
FIRMA DEL TOMADOR





**SOLICITUD DE SEGURO UNIFICADA**  
**PRODUCTOS VIDA PROTECCIÓN Y HOGAR PROTECCIÓN TOTAL**

LOS SEGUROS ESTARÁN EN VIGENCIA CUANDO EN SEÑAL DE ESTA SOLICITUD LAS COMPAÑÍAS EXPIDAN LAS PÓLIZAS RESPECTIVAS. LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO DE NO APROBAR ESTA SOLICITUD DE SEGURO.

Fecha de solicitud	Código oficina de venta	Cédula funcionario	Código funcionario	Producto
05/05/11	3220	10247865		Vida 759 <input checked="" type="radio"/> Hogar 338 <input checked="" type="radio"/>

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento	Tipo de identificación	No. de identificación	
César Augusto	Poveda Suárez	05/05/1972	C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	79569301	
Dirección de correspondencia		Barrio	Ciudad	Departamento	
Cra 63 N. 22a - 41		Apto 917	Ciudad Salitre	Bogotá	Cundinamarca
Teléfono de contacto	Número celular	Correo electrónico			
3-244410	310-2475552	cesar-poveda@yahoo.com			

**Amparos Vida**

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS BOLÍVAR

Amparos solicitados	Amparos otorgados	Condiciones especiales
Muerte	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Muerte	
Incapacidad total y permanente	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente	

**Valor Asegurado Vida**

Opción: 1	Monto:
-----------	--------

**Beneficiarios Vida**

Nombre o Razón social	Parentesco	Calidad	% participación
Juan Manuel		Dueño	
		Ky	

**Hogar Protección Total - Datos del Inmueble a Asegurar**

Dirección del inmueble	Barrio	Ciudad	Departamento
Coran reserva de Pomerol T1	Apto 901	Ciudad Salitre	Bogotá D.C.
			Cundinamarca
Valor asegurado	Tipo de vivienda	Año en que se construyó el inmueble	
\$ 818.060.900=	Apartamento	2016	

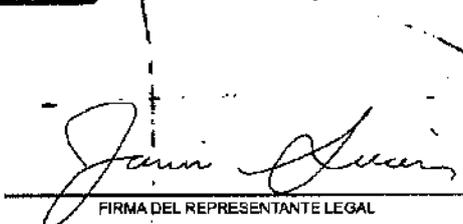
NOTA: El valor asegurado debe corresponder al Valor Comercial del inmueble. El inmueble asegurado debe ser residencia familiar y estar dentro del perímetro urbano.

Vigencia desde	Vigencia hasta	Periodicidad de pago	Valor de la prima	No. de producto
D M A	D M A	Mensual	\$	

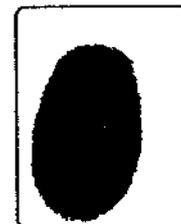
**Observaciones**

--

**Firmas**

  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

  
FIRMA DEL TOMADOR



Huella Índice derecho del Asegurado





Datos del Asegurado

Nombres y apellidos <b>ALEXANDRA HENAO ARENAS</b>		Tipo de identificación C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>		No. de identificación <b>42798419</b>		Fecha de nacimiento <b>14/07/72</b>	
Dirección <b>CR 63 22 A41 AP917</b>		Ciudad <b>BOGOTÁ</b>		Teléfono <b>3244410</b>		Edad <b>43 años</b>	
Medicina prepagada <b>COOMEVA</b>		EPS <b>FAMISANAR</b>		Correo electrónico <b>alexandra.henao@coomeva.com</b>			

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio, declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No he sufrido ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoide o enfermedades del colágeno similares; várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas, trasplantes; obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mi actividad y ocupación como mi trabajo han sido y son lícitas y los he ejercido dentro de los marcos legales. No he sido imputado, sindicado, acusado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, ley 1266 de 2008 y en la ley 1581 de 2012, autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co).

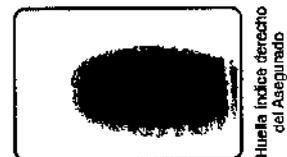
**IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.**

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.**

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra **RED 322 al 01-8000-123-322**, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 1 días del mes de DICIEMBRE del año 2011

Alexandra Henao R  
Firma Solicitante  
Identificación No. 42798419



Compañía de Seguros Bolívar S.A.

PRIMERA COPIA: BANCO

Forma VI-548 (Red. Abr/15)





**Datos del Asegurado**

Nombres y apellidos <i>César Augusto Poveda Suárez</i>		Tipo de identificación C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No. de identificación <i>79569301</i>		Fecha de nacimiento D <i>05</i> M <i>06</i> A <i>1972</i>	
Dirección <i>Cra 63 N° 22a-40 Apto 917</i>		Ciudad <i>Bogotá D.C.</i>		Teléfono <i>3244410</i>		Edad <i>43 años</i>	
Medicina prepagada <i>Comora</i>		EPS <i>FAMISANA</i>		Correo electrónico <i>cesar.poveda@yahoo.com</i>			

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio, declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No he sufrido ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoide o enfermedades del colágeno similares; várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas, trasplantes; obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecuencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mi actividad y ocupación como mi trabajo han sido y son lícitas y los he ejercido dentro de los marcos legales. No he sido imputado, sindicado, acusado ni condenado por la justicia penal.

Relterro que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, ley 1266 de 2008 y en la ley 1581 de 2012, autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co).

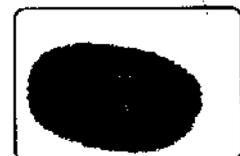
**IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.**

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.**

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 1 días del mes de Diciembre del año 2015

*G. Poveda*  
Firma Solicitante  
Identificación No. 79569301



Compañía de Seguros Bolívar S.A. PRIMERA COPIA: BANCO Forma VI-548 (Red. Abr/15)

















**DAVIVIENDA**

**Continuación Contrato Leasing No. : 06000323006423050  
Sistema Canon Fijo – Tasa Fija**

En caso de mora del LOCATARIO, DAVIVIENDA sobre las primas pagadas, cobrará adicionalmente intereses moratorios a la tasa máxima legalmente autorizada, pudiendo aplicar preferencialmente cualquier abono al pago de dichos seguros, quedando facultada DAVIVIENDA para dar por terminado el presente contrato y para exigir la restitución inmediata del INMUEBLE.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. DESTINACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS BIENES:** EL bien será utilizado por el LOCATARIO exclusivamente para vivienda y a partir de la entrega del inmueble por parte de DAVIVIENDA y durante todo el término de vigencia del contrato y su permanencia en el inmueble, el LOCATARIO será responsable por su conservación y mantenimiento y estará obligado al pago de los servicios públicos, administración, y a asumir cualesquiera reparaciones que requiera el bien, sin que exista derecho alguno de repetición de las sumas respectivas contra DAVIVIENDA. El LOCATARIO no podrá modificar las características del bien entregado en leasing, sino con autorización expresa de DAVIVIENDA. Todas las mejoras o adiciones efectuadas, se entienden parte integrante del mismo y en consecuencia son propiedad de DAVIVIENDA, sin que ésta esté obligada a ninguna compensación. DAVIVIENDA no tendrá responsabilidad alguna en relación con el costo o duración de las reparaciones o mejoras realizadas sobre el inmueble objeto del contrato, no pudiendo el LOCATARIO exigir la terminación del contrato, ni la disminución del canon de arrendamiento con tal fundamento.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. DERECHOS DE INSPECCIÓN:** DAVIVIENDA se reserva el derecho de inspeccionar el bien mediante previo aviso, directamente o por medio de peritos o de personas que designe para el desarrollo de tal labor, con la finalidad de comprobar las condiciones de mantenimiento del mismo. Para tal fin, DAVIVIENDA o la persona que designe, podrá efectuar visitas al inmueble y recomendar por escrito las medidas que juzgue necesarias o convenientes, las cuales deberán ser atendidas inmediatamente por el LOCATARIO. Así mismo podrá Davivienda solicitar en tales visitas, la presentación por parte del LOCATARIO de los recibos de servicios públicos debidamente cancelados y al día, sin que quede relevado por este hecho, de la obligación de presentarlos como quedó acordado en la cláusula décima séptima, cada seis (6) meses directamente a DAVIVIENDA.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. CESIÓN DEL CONTRATO:** El LOCATARIO acepta cualquier cesión total o parcial que de este contrato haga DAVIVIENDA. Por su parte el LOCATARIO no podrá ceder este contrato sin la previa y escrita autorización de DAVIVIENDA.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. RESTITUCIÓN DEL BIEN:** A la terminación de este contrato por cualquier causa el LOCATARIO se obliga a restituir el bien a DAVIVIENDA en buen estado y a entregarlo en la fecha y hora que ésta última le indique, sin perjuicio de las acciones legales que DAVIVIENDA pueda adelantar para la restitución inmediata del bien. Los gastos en que se incurra por concepto de la restitución serán de cargo del LOCATARIO.

XX

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.



# DAVIVIENDA

**Continuación Contrato Leasing No. : 06000323006423050**  
**Sistema Canon Fijo – Tasa Fija**

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato termina por vencimiento del plazo pactado y además DAVIVIENDA podrá darlo por terminado sin previo requerimiento privado o judicial por las siguientes causas:

1. Por la mora en el pago de los cánones. Como una protección especial, Davivienda ofrece a sus clientes noventa (90) días hábiles contados a partir de la cesación del pago corriente de los cánones pactados para ponerse al día con la obligación antes de proceder a ejercer las acciones previstas en el numeral segundo del artículo séptimo del decreto 1787 de 2004.
2. Por cualquier acción judicial que involucre el bien objeto de este contrato.
3. La muerte del LOCATARIO.
4. La reticencia o la negativa injustificada del LOCATARIO para permitir que DAVIVIENDA inspeccione el bien objeto de este contrato.
5. El no ejercicio oportuno por parte del LOCATARIO de las acciones u oposiciones policivas o judiciales encaminadas a proteger y a mantener la tenencia de dicho bien.
6. Por el incumplimiento de cualquiera de las demás obligaciones del LOCATARIO.
7. Por cualquier otra que las partes acuerden en su momento.

**PROCEDIMIENTO PARA LA DEVOLUCION DEL CANON INICIAL Y DE LOS SALDOS AMORTIZADOS AL PRECIO DE LA OPCION DE ADQUISICION DEL INMUEBLE CUANDO A ELLO HAYA LUGAR, A LA TERMINACION DEL CONTRATO DE LEASING.**

1. Para los casos en que el locatario decida no ejercer la opción pactada a su favor se seguirá el siguiente procedimiento para efectos de la devolución del canon inicial y de los saldos amortizados al precio de la opción de adquisición del inmueble:

a) El valor del inmueble se calculará de acuerdo con su precio de venta o por el precio pactado en un nuevo contrato de leasing. Si el precio se pactó en UVR, se tomará el valor de la UVR a la fecha en que se suscriba la promesa de compraventa o el nuevo contrato de leasing. Para efectos de lo dispuesto en el presente literal, el locatario podrá presentar a la entidad autorizada personas interesadas en adquirir el bien o en celebrar un nuevo contrato de leasing.

b) Del valor del inmueble calculado conforme lo señalado en el literal anterior, se deducirán los siguientes rubros:

i) Los costos y gastos en que haya incurrido la entidad por concepto de la enajenación o nueva colocación del inmueble, tales como los de inmobiliaria, escrituración, avalúos, anuncios, publicidad, abogados, adecuaciones físicas del inmueble, administraciones atrasadas, personal de ventas y todos demás que se puedan generar por su adecuación administración y venta.

ii) El valor de ejercicio de la opción de adquisición pactada en el contrato.



**Continuación Contrato Leasing No. : 06000323006423050**  
**Sistema Canon Fijo – Tasa Fija**

2. Si con anterioridad al vencimiento del plazo previsto en el contrato para ejercer la opción pactada a favor del locatario, se presenta el incumplimiento por parte de este, se seguirá el siguiente procedimiento para efectos de la devolución del canon inicial y de los saldos amortizados al precio de la opción de adquisición del inmueble:

a) El valor del inmueble se calculará de conformidad con lo señalado en el literal a) del numeral 1 del presente procedimiento;

b) Del valor del inmueble calculado conforme lo señalado en el literal anterior, se deducirán los siguientes rubros:

i) Los costos y gastos en que haya incurrido la entidad por concepto del incumplimiento del contrato; tales como los de inmobiliaria, escrituración, avalúos, anuncios, publicidad, abogados, adecuaciones físicas del inmueble, administraciones atrasadas, personal de ventas y todos demás que se puedan generar por su adecuación administración y venta.

ii) El costo financiero generado y no pagado por el locatario;

iii) Las garantías de cumplimiento de las obligaciones del locatario, pactadas en este contrato.

iv) El componente de capital no amortizado de los cánones pactados, y

v) El valor de ejercicio de la opción de adquisición pactada en el contrato;

3. Para el caso en que las partes decidan dar por terminado el contrato de leasing habitacional por mutuo acuerdo, se seguirá el siguiente procedimiento para efectos de la devolución del canon inicial y de los saldos amortizados al precio de la opción de adquisición del inmueble:

a) El valor del inmueble se calculará de conformidad con lo señalado en el literal a) del numeral 1 del presente procedimiento;

b) Del valor del inmueble calculado conforme lo señalado en el literal anterior, se deducirán los siguientes rubros:

i) Los costos y gastos en que haya incurrido la entidad por concepto de la terminación anticipada del contrato tales como los de inmobiliaria, escrituración, avalúos, anuncios, publicidad, abogados, adecuaciones físicas del inmueble, administraciones atrasadas, personal de ventas y todos los demás que se puedan generar por su adecuación administración y venta.

ii) El componente de capital de los cánones pactados no amortizado.

iii) El valor de ejercicio de la opción de adquisición pactada en el contrato.

**PARAGRAFO 1.** En caso de terminación anticipada del contrato, por incumplimiento o por cualquier otra causa, a menos que el LOCATARIO haga uso del derecho de opción de adquisición, deberá restituir el inmueble inmediatamente le sea comunicado por Davivienda la causal de terminación y su voluntad de exigir la restitución del bien como consecuencia de la misma. Si así no lo hiciere, el LOCATARIO se colocará en mora de entregar el bien respectivo.



**Continuación Contrato Leasing No. : 06000323006423050**  
**Sistema Canon Fijo – Tasa Fija**

PARAGRAFO 2. El valor resultante de la liquidación del contrato, si es el caso, será devuelto al locatario por DAVIVIENDA dentro de los treinta (30) días siguientes al perfeccionamiento del contrato de compraventa del inmueble o del nuevo contrato de leasing.

En cualquier caso, las partes en el contrato entienden que las gestiones tendientes a la venta o colocación en Leasing del inmueble que se restituye, corresponden en primer lugar al locatario que realiza la devolución. Sin embargo, DAVIVIENDA podrá realizar las gestiones pertinentes lo cual generará una comisión a su favor de 5% del monto de la opción de compra acordada, la cual será deducida de las sumas que deban devolverse al locatario.

Así mismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7 del decreto 1787 de 2004, DAVIVIENDA, sin importar cual haya sido la causal de terminación del contrato, solo realizará las devoluciones a que haya lugar una vez realice la venta o la nueva colocación en Leasing del inmueble restituído.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA. OPCIÓN DE ADQUISICIÓN:** Una vez cumplido en todas sus partes el presente contrato, el LOCATARIO podrá ejercer la opción de compra sobre el INMUEBLE, la cual se regula de la siguiente forma según lo acuerdan las partes en el presente contrato:

**Ejercicio de la Opción a la terminación del contrato de Leasing Habitacional:**

1. Para ejercer la opción de adquisición al vencimiento de la vigencia del contrato, el LOCATARIO deberá radicar comunicación escrita en las oficinas de DAVIVIENDA ubicadas en la dirección indicada en la cláusula SEGUNDA de este contrato, con treinta (30) días antelación al vencimiento del presente contrato.
2. El valor de la opción de adquisición será el establecido en la cláusula cuarta de este contrato y se comunicará al LOCATARIO a la dirección registrada por éste en la cláusula segunda del contrato, indicando la fecha de firma de la escritura pública, la hora y la Notaría donde se suscribirá la correspondiente escritura.

**Ejercicio anticipado de la Opción de adquisición del INMUEBLE:**

1. El LOCATARIO podrá en cualquier momento ejercer la opción de adquisición en forma anticipada, mediante escrito radicado en las oficinas de DAVIVIENDA indicadas en la cláusula segunda de este contrato, con treinta (30) días de anticipación a la fecha en que propone que se suscriba la escritura pública mediante la cual se transfiera el dominio sobre el INMUEBLE.
2. El valor de la opción de adquisición corresponderá a la sumatoria del valor establecido en la cláusula cuarta de este contrato más los canones restantes excluido el costo financiero de éstos, suma que será informada, por parte de DAVIVIENDA al LOCATARIO a la dirección registrada en la cláusula segunda de este contrato, indicando la fecha de firma de la escritura pública, la hora y la Notaría donde se suscribirá la correspondiente escritura.

PARAGRAFO: DAVIVIENDA estará obligada a hacer la transferencia del inmueble al LOCATARIO siempre y cuando el LOCATARIO haya cumplido con todas las obligaciones a su cargo derivadas de este contrato y de la ley.

XX

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.



# DAVIVIENDA

## Continuación Contrato de Leasing.

### Sistema Cánón Fijo – Tasa Fija

Cesión de la Opción de Adquisición: La cesión que el LOCATARIO realice del derecho a ejercer la opción de adquisición a un tercero, no produce efectos mientras no sea aceptada expresamente y por escrito por DAVIVIENDA. En el evento en que la cesión sea únicamente del derecho de opción de adquisición, las obligaciones derivadas del contrato de Leasing Habitacional continuarán radicadas en cabeza del LOCATARIO.

PARAGRAFO. Los gastos, impuestos y demás erogaciones ocasionados por el ejercicio y perfeccionamiento de la presente opción de adquisición serán a cargo del LOCATARIO ó cesionario cuando sea el caso.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. RENUNCIA A LOS REQUERIMIENTOS Y AL DERECHO DE RETENCIÓN:** El LOCATARIO renuncia a los requerimientos para constituirlo en mora en caso de retardo o incumplimiento de una o varias de las obligaciones pactadas en este contrato. Igualmente, renuncia al derecho de retención que a cualquier título y por cualquier causa pudiere tener sobre el INMUEBLE objeto de este contrato.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento de todas, alguna o algunas de las obligaciones derivadas de él.

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA. IMPUESTO DE TIMBRE NACIONAL:** Para efectos del presente contrato, el impuesto de timbre sólo se causará si vencido el término de vigencia pactado en el contrato, el LOCATARIO no hiciere uso de la opción de adquisición. En tal evento, el impuesto se liquidará sobre el valor total de los cánones pagados y/o causados hasta el momento del vencimiento del contrato. DAVIVIENDA obrará como agente de retención en los términos del artículo 27 del Decreto 2076 de 1992, en el caso en que el LOCATARIO decida no ejercer la opción de adquisición.

En constancia de lo anterior, se firma en dos ejemplares del mismo tenor, uno para Cada una de las partes. Dado en la Ciudad de Bogotá, D.C., el \_\_\_\_\_.

EL (los) LOCATARIO (s).

*- G. Povedil*  
C.C No. *7956930*

*- Alejandra Henao A.*  
C.C No. *42798419*

DAVIVIENDA

CC No. 79.862.299 de Bogotá



# DAVIVIENDA



BOGOTA, Septiembre 28 de 2016

Señor:  
CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ  
KR 63 22A 41 AP 917  
BOGOTA D.C

Asunto: Leasing Habitacional No. 6000323006423050 Solicitud No.07817966

Estimado Señor Poveda:

Reciba(n) un cordial saludo de DAVIVIENDA. Nos complace informarle(s) que la operación de leasing habitacional aprobada a usted(es) mediante la cual se le(s) entregó en arrendamiento financiero el inmueble ubicado en la CR 70 B 24 C 50 AP 901 TO 1 barrio SALITRE de la ciudad de BOGOTA D.C, fue desembolsado el 27/09/2016 por la suma de \$443659000, sin cobertura de la tasa de interés FRECH.

Asimismo, remitimos copia del contrato de leasing habitacional en el que se establecen las condiciones de aprobación y otorgamiento, entre otras: destinación, tasa de interés remuneratoria, plazo, valor de la cuota, sistema de amortización y seguros (incendio, terremoto y anexos que cubre toda la parte destructible por su valor comercial y vida deudores con amparo de muerte y anexo de incapacidad total o permanente que cubre el saldo de la deuda. El valor de la prima de las pólizas de seguro estará a cargo del(os) locatario(s)), de acuerdo con los siguientes porcentajes de asegurabilidad:

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>IDENTIFICACIÓN No.</u>	<u>%SEGURO</u>	<u>EXTRAPRIMA</u>	<u>ITP</u>
CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ	79.569.301	100,00%	0%	S
ALEJANDRA HENAO ARENAS	42.798.419	100,00%	0%	S

Adicionalmente encontrará adjunto poder que le otorga el Banco Davivienda para que usted(es) lo represente(n) en las reuniones ordinarias y extraordinarias de la



# DAVIVIENDA

Asunto: Leasing Habitacional No.6000323006423050 Solicitud No.07817966

asamblea general de copropietarios del conjunto residencial donde se encuentra ubicado el bien dado en leasing.

En los próximos días estará llegando a su dirección de correspondencia el extracto de cuenta mensual, donde se especifica el valor de la cuota y la fecha de pago, así como los diferentes medios que el Banco pone a su disposición para efectuar cómodamente su pago.

Extendemos la más cordial felicitación a usted(es) y su familia por su nueva vivienda, deseándoles mucha felicidad y bienestar. Con su leasing habitacional usted(es) y los suyos hacen parte del grupo de nuestros clientes preferenciales y además tiene(n) en sus manos la llave de acceso a una variedad de productos.

Lo(s) invitamos a que conozca(n) y disfrute(n) de todos los beneficios que le(s) ofrece DAVIVIENDA a través de su portafolio de productos, que incluye: cuenta de ahorros, cuenta corriente con sobregiro de hasta 36 meses a través del cupo de crédito rotativo Crediexpress, tarjetas de crédito Diners Club, Visa y MasterCard, crédito de vehículo, entre otros y, una amplia gama de inversiones a corto, mediano y largo plazo con excelente rentabilidad.

Recuerde que usted(es) dispone(n) de la red de oficinas de DAVIVIENDA en todo el país, cajeros automáticos, Teléfono Rojo y página de Internet, para que pueda(n) realizar todas las transacciones que requiera(n) con la mayor comodidad, desde su casa u oficina.

En caso de necesitar información adicional sobre su leasing habitacional, comuníquese completamente gratis desde cualquier parte del país con nuestra sucursal virtual a través de la línea 01 8000 123 838 o en Bogotá al 3 38 38 38 donde uno de nuestros asesores con gusto lo atenderá las 24 horas del día.

Cordialmente,

**LUZ MAYERLI VENEGAS DUARTE**  
**LIQUIDADOR DEPARTAMENTO DE CREDITO**

FORMATO DE CESIÓN DE PROMESA DE COMPRAVENTA

# 1965

POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO, HENAO ARENAS ALEJANDRA, mayor(es) de edad, vecino(s) de esta ciudad, identificado(s) con cedula No.(s) 79569301, 42798419, actuando en mi (nuestro) propio(s) nombre(s) y representación, manifiesto(amos) que CEDO (CEDEMOS) al BANCO DAVIVIENDA S.A., en adelante DAVIVIENDA, el presente CONTRATO DE PROMESA DE COMPRAVENTA suscrito con ROVERETO S.A.S, en calidad de PROMETIENTE VENDEDOR, el día VEINTE (20) del mes de AGOSTO del año DOS MIL QUINCE (2015).

EL CEDENTE declara que realiza la presente CESION por razón del contrato de Leasing Habitacional que suscribirá con DAVIVIENDA, para permitir de esa manera que DAVIVIENDA se convierta en la propietaria del inmueble y pueda celebrar con EL CEDENTE, futuro locatario, el contrato de Leasing Habitacional.

EL CEDENTE asume desde ya, la obligación de cancelar por su propia cuenta, y en la proporción que le corresponda de acuerdo a la promesa de compraventa que está cediendo, la suma correspondiente a los Derechos Notariales e impuesto de Registro que se causen por efectos de la venta y transferencia del dominio que haga el PROMETIENTE VENDEDOR a DAVIVIENDA, así como la suma causada por concepto de gastos de Registro y todas aquellas sumas que haya que cancelar para perfeccionar el trámite de la escritura de venta del bien inmueble, sin derecho a invocar reembolso alguno de dichos dineros a DAVIVIENDA.

EL CEDENTE autoriza en forma expresa e irrevocable a DAVIVIENDA para ser la única y exclusiva propietaria del inmueble, condición que DAVIVIENDA mantendrá mientras EL CEDENTE no haga uso de la opción de adquisición prevista en el contrato de Leasing Habitacional. Por ser esta la causa de la cesión, el presente es un acto sin cuantía, que no supone pago de suma alguna por parte de DAVIVIENDA a EL CEDENTE.

EL PROMETIENTE VENDEDOR declara que ha recibido de EL CEDENTE, a entera satisfacción, la suma de TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE (\$374,401,900.00), correspondiente a cuota inicial.

En virtud de lo anterior, hago (hacemos) entrega de un ejemplar del contrato de Promesa de compraventa con este documento de cesión adherido para que forme parte de él.

En constancia se suscribe la presente Cesión, a los \_\_\_\_\_ (19) días del mes de Agosto del año DOS MIL \_\_\_\_\_ (2016).

CEDENTE (COMPRADOR)

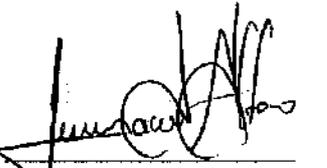
CEDENTE (COMPRADOR)

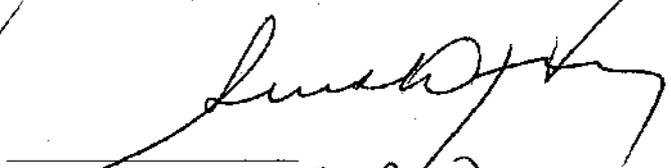
  
C.C. No. 79569301

  
C.C. No. 42798419

ACEPTO LA CESION (VENDEDOR)

CESIONARIO (BANCO DAVIVIENDA S.A.)

  
JUAN DAVID ALFARO BERNAL,  
C.C. No. 80.865.213, de Bogotá

  
C.C. No. 17089802



**DAVIVIENDA**

DATA FILE S.A.



6110391

BOGOTA, Agosto 10 de 2016

Señor:  
CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ  
KR 63 22A 41 AP 917  
BOGOTA D.C

Asunto: Disminución de Crédito No. 06000323006423050  
Solicitud No. 7817966

Estimado Señor Poveda:

Me permito informarle que nuestro comité aprobó la disminución de su solicitud en la suma de treinta y seis millones trescientos cuarenta y un mil PESOS M/CTE, (\$36.341.000,00) para un total de cuatrocientos cuarenta y tres millones seiscientos cincuenta y nueve mil PESOS M/CTE, (\$443.659.000,00), sobre el inmueble ubicado en la AV BOY CON ESPERANZA T1 AP901 SALITRE de BOGOTA D.C.

Si tiene alguna inquietud adicional, comuníquese completamente gratis desde cualquier parte del país con nuestra Sucursal Virtual a través de la línea 01 8000 123 838 o en Bogotá al 338 38 38 donde uno de nuestros asesores lo atenderá las 24 horas del día.

Quiero agradecer la confianza depositada en nuestra organización, la cual está trabajando por su bienestar y el de los suyos.

Cordialmente,

**MARIO CORREA MESA**  
Jefe Evaluación de Crédito con Garantía

Señores:  
BANCO DAVIVIENDA S.A.  
Ciudad

5852854

Asunto: Novedades al Crédito No. \_\_\_\_\_ \*\*\*No. Solicitud 7817966

\*\*\* Nombre Constructora Cuscotor S.A Proyecto Pomeral

\*\*\*FECHA DE ENTREGA DEL INMUEBLE agosto 25-2016

**Disminuir** el valor del préstamo aprobado para un total de \$ 443.659.000

**Ampliar** el valor del préstamo aprobado para un total de \$ \_\_\_\_\_

**Inclusión de:** \_\_\_\_\_ Cédula No. \_\_\_\_\_  
(Anexar solicitud diligenciada y fotocopia de la cédula ampliada al 150)

**Exclusión de:** \_\_\_\_\_ Cédula No. \_\_\_\_\_

**Aumento del plazo** a \_\_\_\_\_ años.

**Disminución del plazo** a \_\_\_\_\_ años, \_\_\_\_\_ meses

**Constituir hipoteca** en 2do grado a favor de \_\_\_\_\_ por valor de \$ \_\_\_\_\_

(Anexar carta de la empresa donde acepta hacer hipoteca en 2do grado, indicando valor del préstamo, plazo y valor de la cuota a pagar)

**Actualización de Documentos** para ratificación del Crédito aprobado (**Empleados:** Carta laboral actualizada y último desprendible de nómina. **-Independientes:** Extractos de los últimos 3 meses)

**Cambio de Garantía.** Del inmueble ubicado en (Dirección) \_\_\_\_\_ del proyecto \_\_\_\_\_ Constructora \_\_\_\_\_ **POR EL (Datos del nuevo Inmueble)** ubicado en la (Dirección) \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Constructora \_\_\_\_\_ Proyecto \_\_\_\_\_

(Anexar certificado de libertad y avalúo del nuevo inmueble ó copia de la nueva separación o encargo fiduciario)

**Cambio de sistema de amortización:** A) De UVRs a PESOS \_\_\_\_\_ ó B) De PESOS a UVRs \_\_\_\_\_

**Cambio de modalidad:** A) De Hipotecario a Leasing \_\_\_\_\_ ó B) De Leasing a Hipotecario \_\_\_\_\_

**CAMBIO VALOR DE VENTA:** Diligenciar en caso de cambio de inmueble o modificación del valor de venta (anexar promesa de compraventa).

CREDITO SOLICITADO: \$ 443.659.000

RECURSOS PROPIOS: \$ 374.401.900

SUBSIDIO: \$ \_\_\_\_\_

HIPOTECA 2do. GRADO: \$ \_\_\_\_\_

OTROS CREDITOS: \$ \_\_\_\_\_

VALOR TOTAL DEL INMUEBLE: \$ 818.060.900

**Dar por no utilizado.** (Nro.Cédula titular) \_\_\_\_\_

**Otros** \_\_\_\_\_

Cordialmente,

\*\*\*Firma Titular Cesar A

\*\*\*Nombre Titular Cesar Augusto Poveda Sudrez

\*\*\*Cédula 79569301

\*\*\*Tel. 3-244410 Cel 310-2475552

Firma Titular Alejandra Henao

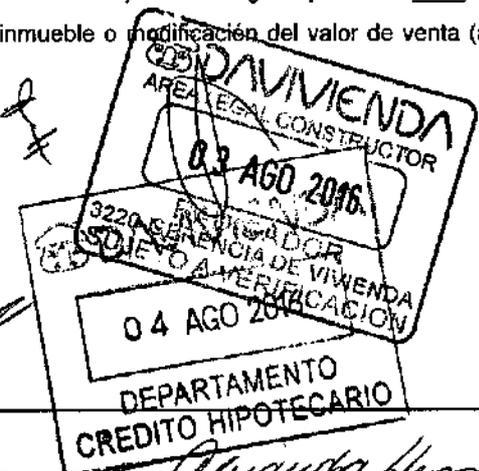
Nombre Titular Alejandra Henao Arenas

Cédula 42798419

Tel 3244410 - 3112879426

\*\*\*Correo electrónico contacto cesar\_poveda@yahoo.com alejandra\_henao@yotaco

\*\*\*Firma representante Constructora Cuscotor S.A



\*\*\* CAMPOS OBLIGATORIOS

- Favoritos
  - Notificacion Tutelas
  - Elementos enviados 2
  - Bandeja de entrada 130
  - corte constitucional 60
  - Agregar favorito
  - Carpetas
  - Bandeja de entrada 130
  - Borradores 181
  - Elementos enviados 2
  - Elementos eliminados 87
  - Correo no deseado 56
  - Archive
  - Notas
- El buzón está completo al 91 %.
- Corrija esto en la configuración de almacenamiento.

- ### Resultados
- Resultados principales
- JIMENEZ RUIZ Y ASOCIADOS**  
Contestación de la Demanda. Rad. 110... 28/09/2020  
Señor(a) Juzgado 36 CCTO BTA R...  
Bandeja de ent...
  - Juzgado 10 Pequeñas Causas Competencia M...**  
ACCION DE TUTELA No 2021-0177 JUZ... Vie 8:24 AM  
AGREGADO AL EXPE... Remitimos ... Bandeja de ent...  
2. RESPUESTA T... CERTIFICADO D...
  - Bonilla Jimenez Julian Ricardo**  
ADMITE TUTELA 2020-073 19/02/2020  
Buenas noches cordial saludo, Se...  
Bandeja de ent...  
ADMISORIO\_20... 59940-042-201... +6
- Todos los resultados
- Juzgado 10 Pequeñas Causas Competencia M...**  
ACCION DE TUTELA No 2021-0177 JUZ... Vie 8:24 AM  
AGREGADO AL EXPE... Remitimos ... Bandeja de ent...  
2. RESPUESTA T... CERTIFICADO D...
  - NELSON MAURICIO CASAS PINEDA**  
APORTO NOTIFICACIÓN PERSONAL RAD... Mié 28/04  
AGREGADO AL EXPE... SEÑOR JUE... Bandeja de ent...  
ilovepdf\_merge...
  - Prieto Puentes**  
RECONOCIMIENTO PERSONERIA - PROC... Mié 28/04  
AGREGADO AL EXPE... JUZGADO ... Bandeja de ent...

### Contestación de la Demanda. Rad. 11001310303620190077100

Parte del contenido de este mensaje se ha bloqueado porque el remitente no está en la lista de remitentes seguros. Confío en el contenido de correoseguro@e-entrega.co. | Mostrar contenido bloqueado

S/MIME no se admite en esta vista. Para ver este mensaje en una ventana nueva, haga clic aquí

**JIMENEZ RUIZ Y ASOCIADOS** <correoseguro@e-entrega.co>  
Lun 28/09/2020 3:11 PM  
Para: Juzgado 36 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C.

Señor(a)

**Juzgado 36 CCTO BTA**

Reciba un cordial saludo:

Usted ha recibido un correo electrónico seguro y certificado de parte de **JIMENEZ RUIZ Y ASOCIADOS**, quien ha depositado su confianza en el servicio de correo electrónico certificado de e-entrega para hacer efectiva y oportuna la entrega de la presente notificación electrónica.

Nota: Para leer el contenido del mensaje recibido, usted debe hacer click en el enlace que se muestra a continuación:

brand

[Ver contenido del correo electrónico](#)  
Enviado por **JIMENEZ RUIZ Y ASOCIADOS**

## Certificado: Rad. 2019-00771 - Contestación Demanda- Proceso Alejandra Henao vs Banco Davivienda y Seguros Bolivar

Victoria Vargas <victoria.vargas@phrlegal.com>

Vie 18/06/2021 4:18 PM

**Para:** Juzgado 36 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**CC:** Nancy Gladys Malaver Castro <nancymalaver29@yahoo.com>; 'laura.montoya@jimenezlegal.com' <laura.montoya@jimenezlegal.com>; 'marcelo.jimenez@jimenezlegal.com' <marcelo.jimenez@jimenezlegal.com>; carolina.posada@phrlegal.com <carolina.posada@phrlegal.com>

 8 archivos adjuntos (3 MB)

PHR-\_7965034\_V\_1\_Contestación demanda Seguros Bolivar.PDF; Anexo 1 Solicitud de Seguro Unificada.pdf; Anexo 2 Declaración de Asegurabilidad.pdf; Anexo 3 Póliza.pdf; Anexo 4 Reclamación.pdf; Anexo 5 Historia Clínica.pdf; Anexo 6 Respuesta a Reclamación.pdf; Anexo 7 Certificación Saldo Crédito 17-11-2017.pdf;

 \*\*\*Certimail: Email Certificado\*\*\*

Este es un Email Certificado™ enviado por **Victoria Vargas**.

Señora

**JUEZ TREINTA Y SEIS (36) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

[ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Despacho

**Referencia:** Proceso Verbal de ALEJANDRA HENAO ARENAS y OTROS contra COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. y BANCO DAVIVIENDA S.A.

**Radicación:** 110013103036-2019-00771-00

**Asunto:** Contestación Demanda

**DIANA VICTORIA VARGAS MOLINA**, mayor de edad, con domicilio en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía número 1.032.378.486 de Bogotá, abogada inscrita portadora de la tarjeta profesional 183.588 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, adjunto a este mensaje escrito de contestación de la demanda y 7 anexos que se aportan como prueba.

En cumplimiento del artículo 3 del Decreto 806 de 2020 se incluye en copia a la apoderada de la parte demandante y a la apoderada de Banco Davivienda S.A.

Atentamente,

**DIANA VICTORIA VARGAS MOLINA**

C.C. No. 1.032.378.486 de Bogotá

T.P. No. 183.588 del C.S. de la J.

**Victoria Vargas**

Cra 7 No. 71-52, Torre A Piso 5 / Bogotá – Colombia

T.: +571 3257300

[victoria.vargas@phrlegal.com](mailto:victoria.vargas@phrlegal.com) / [www.phrlegal.com](http://www.phrlegal.com)

**CHAMBERS**

Law Firm of the year 2010, 2011, 2015, 2018 \* Client service excellence 2014, 2017, 2020

**LEGAL 500** Top Tier Firm

**LATIN LAWYER** Recommended Firm

*Este mensaje de correo electrónico es enviado por una firma de abogados y contiene información confidencial o privilegiada.  
This e-mail is sent by a law firm and contains confidential or privileged information.*



# DAVIVIENDA

## BANCO DAVIVIENDA S.A

### CERTIFICA QUE:

El Credito Leasing número 06000323006423050 del cual es titular el cliente POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO con identificación No. 79.569.301, presenta el siguiente saldo a la fecha del fallecimiento :

NÚMERO DE PRODUCTO VIGENTE:	06000323006423050
FECHA DE DESEMBOLSO INICIAL:	27 septiembre 2016
NORMALIZADO :	NO
VALOR ORIGINAL :	\$443,659,000.00
NOMBRE DEL DEUDOR :	POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO
NUMERO DE IDENTIFICACION :	79.569.301
FECHA DE SINIESTRO :	06 octubre 2017
SALDO PESOS :	\$ 439.991.825,00
SALDO UVR :	NO APLICA
HONORARIOS CERTIFICADOS :	NO
ASEGURABILIDAD :	100,00%

La presente certificación se expide a los 17 días del mes de Noviembre del año 2017.

Cordialmente,

  
Departamento de Operaciones de Cartera

Cristina P.

201711599

688927x



Señores

**DAVIVIENDA**

**Atn: Dra. Norma Piedad Moreno**

Dirección Nacional Banca Seguros

Ciudad

Referencia:	Asegurado	: Cesar Poveda
	Cédula	: 79.569.301
	Reclamo	: 5130/20430
	Póliza	: DE-45155
	Crédito	: 6000323006423050

Apreciados Señores:

En atención a la reclamación que nos han presentado para que les sea reconocido el valor asegurado por el fallecimiento del asegurado en referencia, al respecto lamentamos informar que no procede el pago indemnizatorio por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro. El adecuado cumplimiento de esta obligación por parte del tomador permite que la Aseguradora conozca la situación real del riesgo que asume y así calcule el valor de la prima, buscando que se genere el equilibrio propio de la relación contractual.

Así, la solicitud de Seguro en que se declara el estado de salud, determina la validez del consentimiento de la Aseguradora, pues es con base en la buena fe del Asegurado que se otorgan los amparos destinados a proteger una vida que se ha descrito con ciertas características de quien solicitó la protección.

La inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito. Esta conducta supone la nulidad relativa del contrato tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio que dice:

*"ART.1058.- El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el Asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..."*



Luego de estas consideraciones procedemos a analizar el caso que nos ocupa:

En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:

"

- 1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.*
- 2. No sufro actualmente de dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoidea o enfermedades del colágeno similares; várices del esófago; trombosis o derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes; cirugía o intervenciones para el tratamiento de obesidad.*
- 3. No he sido sometido ni me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.*
- 4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud. ...."*

Lamentablemente esta declaración no correspondía con el verdadero estado de salud del asegurado, pues de acuerdo con las Historias Clínicas que reposan en la reclamación, se pudo establecer que desde antes de ingresar a la póliza ya se le había diagnosticado adenocarcinoma gástrico, para lo cual había recibido tratamiento médico; circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad, pues de haber conocido estas circunstancias la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

Por lo anterior la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen el contrato de seguro y lamentablemente debe negar el pago solicitado.

Atentamente,

**DEPARTAMENTO DE INDEMNIZACIONES  
SEGUROS DE VIDA**



**Clínica  
del  
Country**

Médico responsable: CARLOS ALBERTO ORTIZ SANTACRUZ  
Especialidad: Oncología  
Subspecialidad: Medicina Interna  
Registro Médico: 15144

## REPORTE HISTORIA CLÍNICA CONSULTA

Fecha y hora Consulta: 2017-09-28 16:2

Ciudad: Bogotá

No. Consulta: 125863

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ

Tipo: CC

Numero: 79569301

Genero: F Fecha Nacimiento: 1972-06-05  
Ocupación: MEDICO

Edad: 45 años 5  
mes

Estado Civil: Casado

Dirección: CRA 63 N 22- A 41  
APTO 917

Zona: U

Teléfono fijo:  
3244410

Teléfono celular:  
3102475552

Ciudad residencia: BOGOTA

Email:

Hemoclasificación:  
A+

Empresa/Entidad: SALUD  
COOMEVA MEDICINA  
PREPAGADA

Plan segun empresa:  
ORO

Remitido Por:

No. Contrato:

Responsable: ALEJANDRA  
HENA O

Tel. Responsable:

Acompañante:

Tel. Acompañante:

### MOTIVO DE CONSULTA

CANCER GASTRICO

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO, NACIÓ EL DÍA 5 DE JUNIO DE 1972, ACTUALMENTE CON 44 AÑOS DE EDAD, RAZA MESTIZA, CON ANTECEDENTE DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO INFILTRANTE DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO DIAGNOSTICADO T3N2M0 ESTADIO III. EL 21 DE FEBRERO DE 2017 LLEGA RESULTADO DE LA BIOPSIA DE ADENOMEGALIA EN AXILA, COMPATIBLE CON CARCINOMA GÁSTRICO, BIOPSIA CUTÁNEA, COMPATIBLE CON CARCINOMA GÁSTRICO, TAC MUESTRA MÚLTIPLES ADENOMEGALIAS MUCHAS MAYORES DE 15 MM, PET CT MUESTRA LESIONES HIPERMETABÓLICAS DE ASPECTO INFILTRATIVO TUMORAL A NIVEL RETROPECTORAL FOSA AXILAR PARED TORÁCICA DERECHA, GRASA PERICÁRDICA ADENOPATÍAS ILIACAS DERECHAS E IZQUIERDAS, COMPROMISO INFILTRATIVO HEPÁTICO, PACIENTE EN FRANCA PROGRESIÓN TUMORAL DE UN CÁNCER GÁSTRICO HER 2 NEGATIVO, CON ENFERMEDAD MEDIBLE POR LO QUE SE INVITA A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO CA209-

649 DENOMINADO "ESTUDIO DE FASE 3, ALEATORIZADO, MULTICÉNTRICO, DE DISEÑO ABIERTO, DE NIVOLUMAB MÁS IPILIMUMAB VERSUS OXALIPLATINO MÁS FLUOROPYRIMIDINA EN SUJETOS CON CÁNCER GÁSTRICO O DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA AVANZADO O METASTÁSICO NO TRATADO PREVIAMENTE" PROTOCOLO CA209-649 PATROCINADO POR BRISTOL-MYERS SQUIBB COMPANY. SE ENTREGA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BMS VERSIÓN 1.0 DE 02 JUNIO 2016, SE DEJA TIEMPO SUFICIENTE PARA SU LECTURA, SE RESUELVEN DUDAS RELACIONADAS CON LA ASIGNACIÓN DEL MEDICAMENTO; EL PACIENTE ENTIENDE Y DECIDE VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. SE PROCEDE A LA FIRMA DEL DOCUMENTO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS IMPARCIALES. SE ENTREGA COPIA DEL DOCUMENTO DILIGENCIADO.

PACIENTE DEL DR, JORGE OSPINA, MEDICO RADIOLOGO QUE TIENE SU PRIMERA CONSULTA EL 8 DE ABRIL DE 2014, POR SÍNTOMAS DIGESTIVOS ALTOS, EN NOVIEMBRE DE 2014, EVDA NEGATIVA, EN MARZO DE 2015 PRESENTA NAUSEAS, TOMAN EVDA, QUE MUESTRA LESIÓN EN TERCIO DISTAL CARA ANTERIOR, TOMAN BIOPSIA QUE MUESTRA ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE TIPO DIFUSO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO, LLEVADO A CIRUGÍA EL 23 DE MARZO 2015, DONDE SE REALIZA GASTRECTOMÍA TOTAL, CON PATOLOGÍA QUE MUESTRA LESIÓN DE 6 X 5 CMS, HASTA SUBSerosa, COMPROMISO EN BORDE DISTAL, 5 /14 GL DE CURVATURA MENOR METASTASICOS, 18 GL DE CURVATURA MENOR NORMAL, 1 GL ARTERIA HEPATICA METASTSICO, SE TRATA DE UN CÁNCER GÁSTRICO PT3PN2MORO, DEBER RECIBIR ADULANCIA BAJO SC DE 1,7.

RECIBE 6 CICLOS DE OXALIPLATINO 200 MGS IV DIA 1, CAPCITABINE NIEN TOLERADOS. CICLO 1: 30 ABRIL 2015 BIEN TOLERADO. CICLO 2: 21 MAYO 2015 BIEN TOLERADO. CICLO 3: 16 JUNIO 2015. CICLO 4: 25 JUNIO 2015 PRESENTO DOLOR ABDOMINAL Y MELENAS, SE TOMA TAC COMPLETO, SIN EVIDENICA D ERECAIDA, EVDA NEGATIVA PARA TUMOR, CONTINUA EN QUIMIOTERAPIA. CICLO 5: 21 JULIO 2015. FINALIZA QUIMIOTERAPIA CON TOLERANCIA.

12 DE ENERO DE 2016, COMPLETA 6 MESES DE PLE, ASINTOMÁTICO.

EL 17 DE MAYO DE 2016, ESTUVO EN ESPAÑA, EVDA NORMAL SIN PROBLEMAS, SIN EMBARGO PRESENTA DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO, SE HACE ECOGRAFÍA QUE MUESTRA

LÍQUIDO LIBRE ENTRE ASAS, TOMAN UROTAC QUE NO MUESTRA CALCULO, CON HIDRONEFROSIS LEVE IZQUIERDA.

27 DE JUNIO DE 2016, CONTINÚA DETERIORO, PÉRDIDA DE APETITO Y AUMENTO DEL DOLOR EN FLANCO, NUEVA ECOGRAFÍA QUE MUESTRA AUMENTO DE ASCITIS, POR LO QUE SOLICITO PARACENTESIS EVACUADORA Y BLOQUE CELULAR Y PET CT.

26 DE JULIO DE 2016, HA MEJORADO APETITO, HACEN PARACENTESIS EVACUADORA 7 LITROS EN TOTAL, PATOLOGÍA MUESTRA ESCASAS CÉLULAS ATÍPICAS DE ORIGEN EPITELIAL, MARCACIÓN CK7 POSITIVAS KALRENINA NEGATIVA, PET CT MUESTRA ÁREAS FOCALES ANORMALES CON INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD METABÓLICA ENTRE ASAS Y ENGROSAMIENTO EN HEMIABDOMEN INFERIOR.

7 DE SEPTIEMBRE DE 2016, LLEVADO A LAPAROSCOPIA, CON COMPLICACIÓN CON RUPTURA DE ASA, POR LO QUE LLEVAN A LAPAROTOMÍA, EN LA EXPLORACIÓN NO ENCUENTRAN LESIONES SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD, PATOLOGÍA DE LÍQUIDO PERITONEAL NEGATIVO PARA MALIGNIDAD. BIOPSIA DE SIEMBRA PERITONEAL NEGATIVO PARA MALIGNIDAD, NO CONTINUA CON PERDÍA DE PESO, COMIENDO BIEN.

16 DE ENERO DE 2017, CUMPLE 2 AÑOS DE PLE, ASINTOMÁTICO. TRAE TAC DE TORAX PROCESO INFLAMATORIO EN SEGMENTOS SUPERIORES DE AMBOS LÓBULOS INFERIORES, ATELECTASIAS LAMINARES ADENOPATÍAS MEDIASTINALES, DERRAME PLEURAL LEVE, TAC DE ABDOMEN NEGATIVO PARA METÁSTASIS, LIGERO LÍQUIDO ASCÍTICO MESENTÉRICO, DEGENERACIÓN CAVERNOMATOSA DE LA PORTA CON CIRCULACIÓN COLATERAL.

SE REVISAN CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA EL PROTOCOLO CA209-649

EL PACIENTE TRAE EL BLOQUE DE TEJIDO, EL CUAL SERÁ ENVIADO AL LABORATORIO CENTRAL PARA ANÁLISIS DE PD-L1, SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL ANÁLISIS DE LA MUESTRA PUEDE TOMAR HASTA 10 DIAS HÁBILES. SE CONFIRMA CON EL PACIENTE QUE NO HA RECIBIDO TERAPIA SISTÉMICA LUEGO DE OBTENIDA LA MUESTRA Y SE CONFIRMA QUE LA MUESTRA FUE OBTENIDA POR BIOPSIA POR INCISIÓN TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL. SE

INDICA AL PACIENTE QUE SE REALIZARÁN PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EVALUAR LA POSIBILIDAD DE INGRESO AL ESTUDIO. A LA FECHA EL PACIENTE NO PRESENTA METÁSTASIS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Ó TUVO METÁSTASIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL LAS CUALES ESTÁN CONTROLADAS. SE INDICA AL PACIENTE QUE DEBE CONTINUARA CON EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ALTAMENTE EFECTIVO, HASTA 31 SEMANAS DESPUÉS DE LA ÚLTIMA DOSIS DEL MEDICAMENTO DEL ESTUDIO.

ADICIONALMENTE SE INDICA QUE DEBE ABSTENERSE DE LA DONACIÓN DE ESPERMA DURANTE TODO EL ESTUDIO HASTA 27 SEMANAS DESPUÉS DE LA ÚLTIMA DOSIS DEL MEDICAMENTO DEL ESTUDIO.

PACIENTE NO REFIERE NINGUNA PATOLOGÍA QUE REQUIERA TRATAMIENTO SISTÉMICO CON CORTICOIDES O MEDICACIONES INMUNOSUPRESORAS A LA FECHA.

EL PACIENTE REFIERE NO HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON ANTICUERPOS ANTI-PD-1, ANTI-PD-L1, ANTI-PD-L2, ANTI-CD137 O ANTI-CTLA-4 (INCLUYENDO IPILIMUMAB O ALGÚN OTRO ANTICUERPO O FÁRMACO QUE SE DIRIJA ESPECÍFICAMENTE A LA COESTIMULACIÓN DE LAS CÉLULAS T O VÍAS DE PUNTOS DE CONTROL.

PACIENTE NIEGA NEUROPATÍA PERIFÉRICA.

PACIENTE SIN CONDICIÓN MÉDICA QUE EN MI OPINIÓN AUMENTE EL RIESGO CON LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO O CON LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO DEL ESTUDIO.

PACIENTE SIN LESIONES TRAUMÁTICAS SIGNIFICATIVAS O CIRUGÍAS MAYORES.

PACIENTE SIN HISTORIA DE ALERGIA Ó HIPERSENSIBILIDAD A ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS DEL ESTUDIO.

PACIENTE NO ES PRISIONERO O INVOLUNTARIAMENTE ENCARCELADO, NI TAMPOCO HA SIDO OBLIGATORIAMENTE DETENIDO PARA EL TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O FÍSICA.

PACIENTE SIN ANTECEDENTE DE USO DE TABACO.

PROCEDIMIENTOS DE VISITA DE SELECCIÓN:

SE PROCEDE A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO Y SIGNOS VITALES EL DÍA DE HOY.

DESPUÉS DE 5 MINUTOS EN POSICIÓN SENTADO: TENSIÓN ARTERIAL: 92/59 MM/HG

FRECUENCIA CARDIACA: 99 LATIDOS POR MINUTO



**Clínica  
del  
Country**

Médico responsable: CARLOS ALBERTO ORTIZ SANTACRUZ  
Especialidad: Oncología  
Subspecialidad: Medicina Interna  
Registro Médico: 15144

TEMPERATURA AXILAR: 36.4 °C  
PESO: 50 KG  
TALLA: 169 CM  
SATURACIÓN DE OXÍGENO EN REPOSO: 92  
ECOG: 1

EXAMEN GENERAL:

CABEZA: NORMAL

EXAMEN FÍSICO:

APARIENCIA GENERAL: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL

CABEZA OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA: NORMAL

CUELLO: NORMAL

CARDIOVASCULAR: NORMAL

CUELLO: NORMAL NO ADENOMEGALIAS

TÓRAX: NORMAL, NO SOPLOS, RSCS RITMICOS, NO ADENOMEGALIAS AXILARES

RESPIRATORIO: RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES, NO AGREGADOS

ABDOMEN: SIN EVIDENCIA DE ASCITIS

GENITOURINARIO: NO SE PRACTICA

OSTEOARTICULAR: NORMAL

EXTREMIDADES: NORMAL

NEUROLÓGICO: NINGUNA ALTERACION NEUROLOGICA

PIEL Y FANERAS: NORMAL

8 DE MARZO DE 2017, PACIENTE SE HA DETERIORADO EN SU ESTADO FUNCIONAL PERDIENDO PESO Y AUMENTANDO LOS NODULOS DE PERMEACION, RETIRAMOS EL PACIENTE DEL ESTUDIO E INICIO TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA DOCETAXEL SEMANAL MAS CISPLATINO CADA 3 SEMANAS ASI: PET CT MUESTRA ADENOMEGALIAS RETROPERITONEALES, AXILARES, LIQUIDO PLEURAL BILATERAL, COMPROMISO INFILTRATIVO HEPATICO, PERITONEAL Y MESENTERICO, BAJO SC 1,45 DE DEBE RECIBIR DOCETAXEL 50 MGS IV DIAS 1, 8, 15 CISPLATINO 90 MGS IV DIA 1

29 DE MARZO DE 2017, ESTA CON MUCOSITIS, GRADO II, ADINAMIA, NO NAUEROPATIA,



Software respaldado por la Clínica del Country

CEFALEA, MEJORIA D ELAS LESIONES LINFANGITICAS DE LA PIEL.

27 DE ABRIL DE 2017, COMPLETA 2 CCILOS COMPLETOS, SIN CAMBIOS, SIN MUCOSITIS, SIN  
CEFALEA, MEJORIA DE LAS LESIONES LINFANGITICAS, COME BIEN, EXCELENTE PALIACION.

11 DE MAYO DE 2017, COMPLETA 3 CICLOS, FORMULO NUEVO CICLO, MODIFICO EL MIPRES  
PARA AUMENTAR LA DOSIS DE FOSAPREPITAN Y PALONOSETRON

8 DE JUNIO DE 2017, YA RECIBIO 4 CICLOS DE DOCETAXEL, SOLICITO PET CT PARA VER  
RESTADO ACTUAL

14 DE AGOSTO DE 2017, PET CT NO MUESTRA ACTIVIDAD TUMORAL, SE DEJO EN  
OBSERVACION, ESTA CON DISNEA, QUE HA VENIDO AUMENTANDO, ADINAIMIA, ANOREXIA,  
MAL ESTADO CLINICO, NO DUERME. PENDIENTE INICIO DE TRABAJO.

23 DE AGOSTO DE 2017, ESTA EN LIGERA MEJORIA, SIN FIEBRE, MEJORIA DE LA TOS,  
TERMINA ANTIBIOTICO VALROADO POR CIRUGIA DE TORAX, DEJAN POR EL MOMENTO SOLO  
EN OBSERVACION, DERRAME PLEURAL QUE LO VAN A OBSERVAR, SOLICITO TERAPIA DE  
REHABILITACION CARDIO PULMONAR POR DESCONDICIONAMIENTO SEVERO, CONTROL  
EN 10 DIAS

21 DE SEPTIEMBRE DE 2017, MARCADO DETERIORO DE SU ESTADO GENRAL, DISNEICO,  
ADINAMICO, CON SENSACION DE ATORACIMIENTO EN ABDOMEN, DEPENDIEDO DE OXIGENO,  
ESTA EN SOPORTE NUTRICIONAL, ESTUVO HOSPITALIZADO POR DETERIORO Y DISNEA,  
DESCARTAN TEP Y ENFOCAN COMO DESACONDICIONAMIENTO FISICO, LAS IMAGENES  
MUESTRAN AUMENTO DE LAS ATELECTACIAS, VERSUS INFILTRACION LINFANGITICA,  
MENAJO CON FISIOTERAPIA, TERAPIA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO, AUNQUE NO HAY  
EVIDENICA RADIOLOGICA DE PROGRESION, CLINICAMENTE ES UNA PORGRESION TUMORAL,  
POR RSTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE, NO HABRIA INDICACIONES INICIALES PARA  
QUIMIOTERAPIA DE RESCATE QUE LE TOCARIA CON IRINOTECAN QUE NO TIENE  
RIESGO/BENEFICIO. DEJO CONCNTRADOR PORTIL DE OXIGENO PARA ASISTENCIA A  
TERAPIAS



**Clínica  
del  
Country**

Médico responsable: CARLOS ALBERTO ORTIZ SANTACRUZ  
Especialidad: Oncología  
Subspecialidad: Medicina Interna  
Registro Médico: 15144

28 DE SEPTIEMBRE DE 2017, ESTA IGUAL, SIN CAMBIOS, TRAE ECO ABDOMINAL SIN CAMBIOS, DOPLER DE MSIS NEGATIVO, CH NORMAL, TSH 7, ESTA ESTABLE, INICIO ACICLOVIR,

**REVISIÓN POR SISTEMAS ACTUAL**

ASINTOMATICO

**ANTECEDENTES**

Patológicos:	HIPERTENSION	Traumáticos:	
Quirúrgico:	TIROIDECTOMIA POR ADENOMA FOLICULAR	Hospitalarios:	
Farmacológicos:		Familiares:	NEIGA ANTECEDENTES DE CANCER
Alérgicos	ALERGICO	Ginecológicos:	
Tóxicos:	NIEGA	Laboratorios:	
Otros:			

**EXAMEN FISICO**

Tensión Arterial:	Frec. Respiratoria/min:	Frec. Cardiaca/min:	Altura:
Peso(Kgs):	Superficie corporal:	Indice masa corporal:	Temp.(C°):

**DIAGNOSTICOS**

Tipo:		Diagnósticos
Principal	Impresion Diagnostica	TUMOR MALIGNO DEL FUNDUS GASTRICO (C161)
Diagnósticos Propios		

**CONCEPTO Y PLAN**

Concepto: Consultas
Plan de tratamiento:

**ORDENES DE MEDICAMENTOS**

No se le formulo medicamentos

**ORDENES DE LABORATORIOS**

No se le formulo Laboratorios

**ORDENES DE PARACLINICOS**

No se le formulo Paraclínicos

**INCAPACIDADES**

No tiene Incapacidades



Software respaldado por la Clínica del Country



**Clínica  
del  
Country**

Médico responsable: **CARLOS ALBERTO ORTIZ SANTACRUZ**  
Especialidad: **Oncología**  
Subespecialidad: **Medicina Interna**  
Registro Médico: **15144**

### **NOTAS ACLARATORIAS**

No tiene Notas aclaratorias

**CARLOS ALBERTO ORTIZ SANTACRUZ**  
Registro Médico: **15144**

**CARLOS ALBERTO ORTIZ**  
Medicina Interna - Oncología Clínica  
R.M.15144 - Cod. 01036  
Clínica del Country

18/11/2017  
DAVIVIENDA  
ANALISTA

6000323006423050  
360 AVENIDA  
CARRETA SUCURREALS BOGOTÁ 726  
17 NOV. 2017  
51672339

FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES  
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS  
Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado **CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ** Cédula **79569301**  
 Edad **45 años** Dirección actual **KR 70B 24C-50 T01 AP 901** Ciudad **BOGOTÁ** Teléfono **8069445**  
 Ocupación habitual **[Blank]** En caso de fallecimiento, edad al morir **45 años**

Amparo por el que desea reclamar

Vida  Rentas  Incapacidad total y permanente  Enfermedades Graves  Accidentes Personales  Gastos Médicos

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Causa **[Blank]** Lugar **CLINICA DEL COUNTRY** Fecha **06/10/2017**  
 Accidente  Enfermedad  Homicidio  Suicidio

Dé un informe detallado de los hechos:

falleció en la Clínica del Country por una complicación respiratoria debido a un cáncer gástrico

3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad?

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

6. Otros antecedentes del asegurado

Tiempo de evolución:

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

8. Indique el nombre de su E.P.S. **FAMISANAR**

Es afiliado  Beneficiario

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

¿Desde hace cuánto tiempo?

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre <b>CARLOS ORTIZ SANTACRUZ</b>	Especialidad <b>ONCOLOGO</b>
Dirección <b>KR 16A 83A-11 Consultorio 503</b>	Ciudad <b>BOGOTÁ</b> Teléfono <b>5300470 Ext 3607</b>
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario <b>CLINICA DEL COUNTRY</b>	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Dirección <b>KR 16 No. 82-57</b>	Ciudad <b>BOGOTÁ</b>	Teléfono <b>5301270</b>
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Dirección	Ciudad	Teléfono

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Forma B-117 (Rev. 01/06)

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si  No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

Si  No

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
ALEJANDRA HENAO A.	CONYUGE	42798419	alejandra_henao@yahoo.com	<i>Alejandra</i>
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
SANTIAGO POVEDA HENAO	HIJO	TI 1007103731		
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
ANA MARIA POVEDA HENAO	HIJA	TI 1001316021		
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre ALEJANDRA HENAO ARENAS

Teléfono 3112879426 - 8069445

Dirección KR 70B 24C-50 T01 AP 901

Ciudad BOGOTA

Correo electrónico alejandra\_henao@yahoo.com

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

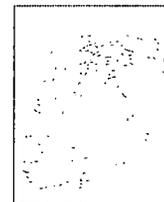
IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

Si

Lugar y Fecha BOGOTA, 15 NOVIEMBRE/2017



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No.

*Alejandra Henao A*

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No. 42798419



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

3

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

09441058

\* 0 9 4 4 1 0 5 8 \*

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	26	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	A	1	E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía										
COLOMBIA ----- GUNDINAMARCA ----- BOGOTÁ D.C.-- (NOTARIA 26)--										

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos  
**POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO**

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
C.C.#79569301	MASCULINO

**Datos de la defunción**

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
**COLOMBIA ----- GUNDINAMARCA ----- BOGOTÁ D.C. -----**

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2017 Mes OCT Día 06	11:37	71715172-9

**Presunción de muerte**

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
	Año Mes Día

Documento presentado:  Autorización Judicial  Certificado Médico

Nombre y cargo del funcionario: **LUISA FERNANDA ENCISO BAHAMON-MD R# 52778697-**

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos  
**FUENTES FONTECHA CARLOS EDUARDO**

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#1099204665	

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

**Fecha de inscripción**

Año	2017	Mes	OCT	Día	09
-----	------	-----	-----	-----	----

Nombre: **OSCAR FERNANDO MARTINEZ BUSTAMANTE**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARÍA.  
SE EXPIDE HOY:

10 OCT 2017

**OSCAR FERNANDO MARTINEZ BUSTAMANTE**  
NOTARIO VEINTISEIS (26) DEL CIRCULO DE BOGOTA



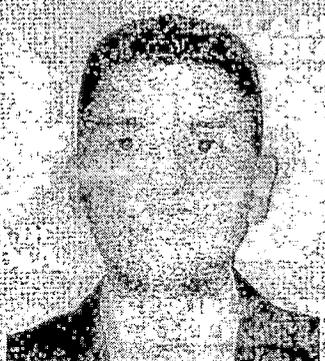
REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: **79.569.301**

**POVEDA SUAREZ**  
 APELLIDOS

**CESAR AUGUSTO**  
 NOMBRES

*[Firma]*  
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1972**

**BOGOTA D.C.**  
 (CUNDINAMARCA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO

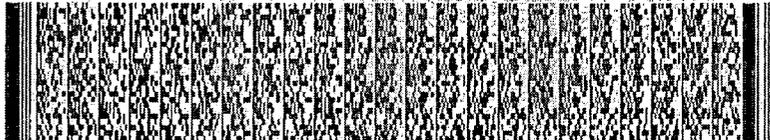
**1.69**  
 ESTATURA

**A+**  
 G.S. RH

**M**  
 SEXO

**14-SEP-1990 BOGOTA D.C.**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Firma]*  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00160471-M-0079569301-20090627 0012868708A 1 1940004806

PRESTAMO 06000323006423050  
 NO TIENE DCTO. AUTOMATICO AGCIA. 03230 CREDITO INDIVIDUAL C  
 SUCURSAL BOGOTA D.C  
 NRO.DE IDENTIF. 79569301 POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO  
 PRODUCTO 00360 LEAS HABITACIONAL \$ NO EXENTO  
 PLAN DE AMORTIZACION 01066 LEAS BAJA \$ SIN OPC ESTRA  
 CALIFICACION CARTERA NORMAL PLAZO 00240 MESES  
 DIAS DE MORA 00000 APERT. 2016/09/27 DESEMB. 2016/09/27  
 TASA ORIGINAL 12,5000% MORA DESDE  
 TASA INT CIE F 11,7500% FECHA PRÓX. VENCIMIENTO 2017/11/27  
 TASA INT MORA F 17,6300% ULTIMO PROCESO 2017/11/17  
 PAGO.MINI.VCTO 5.230.000,00 ABONO EXTRA. NO TIENE  
 VR PAG.MINI.HOY 0,00 TOTAL INT. MORA 0,00

VR. ORIGINAL 443.659.000,00  
 SALDO A HOY 440.032.668,13  
 SALDO EN MORA 0,00  
 SALDO AL VCTO 436.685.966,15 2017/10/27  
 F3=Salir

CONSULTA TITULARES DEL PRESTAMO

06000323006423050

1=Consulta Titulares 2=Seguros x cliente

Seguro

X Identificacion Nombre Edad Desemp.

01 0000079569301 POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO 045 NO

01 0000042798419 HENAO ARENAS ALEJANDRA 045 NO

Final

OPCIÓN 07

NUMERO DE PRESTAMO 0600032

F3=Salir

Bogotá D.C. 15 de noviembre de 2017

Señores:  
Banco Davivienda  
Bogotá

Asunto: Reclamación Indemnización por Seguros  
No Producto 0036032431544726  
Tarjeta Diners

Estimados señores:

A la fecha me encuentro radicando la documentación requerida para el trámite de reclamación de seguros por el fallecimiento de: CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ identificado (a) con cedula de ciudadanía No 79569301; manifiesto que es de mi conocimiento que los cargos realizados en la(s) tarjeta(s) de crédito y/o crediexpress rotativo posteriores al fallecimiento del titular no serán cubiertos por la compañía aseguradora y estarán a cargo de los herederos del causante.

Realizo la devolución de los plásticos:

SI

NO

Porque? \_\_\_\_\_

Es claro que la no devolución de los plásticos exonera de responsabilidad al Banco.

Cordialmente:

  
Firma

Nombre ALEJANDRA HENAO ARENAS

Cédula 42798419

Dirección KR 70B 24C 50 T01 AP901

Tel: 311 2879426

email: alejandra\_henao@yahoo.com



**Datos del Asegurado**

Nombres y apellidos <b>César Augusto Poveda Suárez</b>		Tipo de identificación C.C. ⊕ C.E. ○		No. de identificación <b>79569301</b>		Fecha de nacimiento <b>05 06 1972</b>	
Dirección <b>Cra 63 N° 22a-41 Apto 917</b>		Ciudad <b>Bogotá D.C.</b>		Teléfono <b>3244410</b>		Edad <b>43 años</b>	
Medicina prepagada <b>Coosava</b>		EPS <b>FAMISARSA</b>		Correo electrónico <b>cesar.poveda@yahoo.com</b>			

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio, declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No he sufrido ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoide o enfermedades del colágeno similares; várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas, trasplantes; obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mi actividad y ocupación como mi trabajo han sido y son lícitas y los he ejercido dentro de los marcos legales. No he sido imputado, sindicado, acusado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, ley 1266 de 2008 y en la ley 1581 de 2012, autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co).

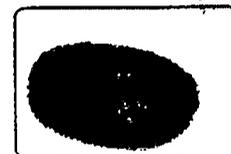
**IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.**

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.**

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 1 días del mes de Diciembre del año 2015.

C. Poveda  
Firma Solicitante  
Identificación No. 79569301



Huella índice derecho del Asegurado





**SOLICITUD DE SEGURO UNIFICADA  
PRODUCTOS VIDA PROTECCIÓN Y HOGAR PROTECCIÓN TOTAL**

LOS SEGUROS ESTARÁN EN VIGENCIA CUANDO EN SEÑAL DE ESTA SOLICITUD LAS COMPAÑÍAS EXPIDAN LAS PÓLIZAS RESPECTIVAS. LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO DE NO APROBAR ESTA SOLICITUD DE SEGURO.

Fecha de solicitud	Código oficina de venta	Cédula funcionario	Código funcionario	Producto
D / M / A 11	3220	102478803		Vida 759 <input checked="" type="checkbox"/> Hogar 339 <input checked="" type="checkbox"/>

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento	Tipo de identificación	No. de identificación
César Augusto	Poveda Suarez	05 / 05 / 1972	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	79569301
Dirección de correspondencia		Barrio	Ciudad	Departamento
Cra 63 N. 22a - 41 Apto 917		Ciudad Salitre	Bogotá	Cundinamarca
Teléfono de contacto	Numero celular	Correo electrónico		
3-244410	310-2475552	cesar-poveda@yahoo.com		

**Amparos Vida**

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS BOLÍVAR

Amparos solicitados	Amparos otorgados	Condiciones especiales
Muerte	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Muerte	
Incapacidad total y permanente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente	

**Valor Asegurado Vida**

Opción:	Monto:
1	

**Beneficiarios Vida**

Nombre o Razón social	Parentesco	Calidad	% participación
Juan Mendo		Marido	
		Fu	

**Hogar Protección Total - Datos del Inmueble a Asegurar**

Dirección del inmueble	Barrio	Ciudad	Departamento
Coran reserva de Pomerol T1 Apto 901	Ciudad Salitre	Bogotá D.C.	Cundinamarca
Valor asegurado	Tipo de vivienda	Año en que se construyó el inmueble	
\$ 818.060.900=	Apartamento	2016	

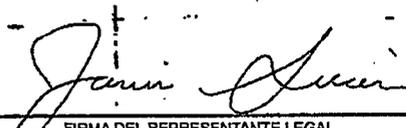
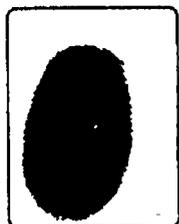
NOTA: El valor asegurado debe corresponder al Valor Comercial del Inmueble. El inmueble asegurado debe ser residencia familiar y estar dentro del perímetro urbano.

Vigencia desde	Vigencia hasta	Periodicidad de pago	Valor de la prima	No. de producto
D / M / A	D / M / A	Mensual	\$	

**Observaciones**

--

**Firmas**

 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	 FIRMA DEL TOMADOR	 Huella Índice derecho del Asegurado
--	--	--



Compañía de Seguros Bolívar S.A.

PRIMERA COPIA: BANCO

Forma VI-546 (Red. Abr15)



# DAVIVIENDA

Bogotá, 17 días del mes de Noviembre del año 2017.

Dotor(a)

**MARCELA RAMÍREZ RUBIANO**

Jefe Dpto. Nacional de Indemnizaciones seguros de vida

SEGUROS BOLIVAR

La Ciudad

Asunto: Solicitud de Indemnización por concepto de fallecimiento.

Me permito remitir, los soportes del reclamo radicado por concepto de indemnización del cliente:

**POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO**

**79.569.301**

Tipo: Credito Leasing Producto: 06000323006423050

Tipo: Tarjeta de Credito Diners Colegio Producto: 0036032431544726

Cordialmente,

**EDUARDO ANDRADE LOZANO**

Departamento de Operaciones de Cartera

Anexos: Forma B-117, Registro de Defunción y/o Historia Clínica, Asegurabilidad (SI APLICA), Copia de la Cédula, Imágenes de Productos, Certificación de saldos. *CD*



# DAVIVIENDA

## BANCO DAVIVIENDA S.A

### CERTIFICA QUE:

El Credito Leasing número 06000323006423050 del cual es titular el cliente POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO con identificación No. 79.569.301, presenta el siguiente saldo a la fecha del fallecimiento :

NÚMERO DE PRODUCTO VIGENTE:	06000323006423050
FECHA DE DESEMBOLSO INICIAL:	27 septiembre 2016
NORMALIZADO :	NO
VALOR ORIGINAL :	\$443,659,000.00
NOMBRE DEL DEUDOR :	POVEDA SUAREZ CESAR AUGUSTO
NUMERO DE IDENTIFICACION :	79.569.301
FECHA DE SINIESTRO :	06 octubre 2017
SALDO PESOS :	\$ 439.991.825,00
SALDO UVR :	NO APLICA
HONORARIOS CERTIFICADOS :	NO
ASEGURABILIDAD :	100,00%

La presente certificación se expide a los 17 días del mes de Noviembre del año 2017.

Cordialmente,

  
Departamento de Operaciones de Cartera

Cristina P.

201711599

688927x

Datos de envío

Nombre: CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ  
Dirección: CR 15 53 04 AP 402  
Ciudad: BOGOTA  
Departamento: BOGOTA

vida proteccion

SEGUROS  
BOLÍVAR



Compañía de Seguros Bolívar S.A.





Póliza N°: 5132031921001  
 Certificado: 0  
 N°: 001 Riesgo: 1  
 Fecha de expedición: 28 09 2016  
 DÍA MES AÑO

**CERTIFICADO VIDA PROTECCION - NUEVO NEGOCIO**

**Datos del tomador**

Nombre: CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ  
 Identificación: 79569301  
 Teléfono: 3462685 3102475552  
 Dirección: CR 15 53 04 AP 402  
 Ciudad: BOGOTA

**Datos del asegurado principal**

Nombre: CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ  
 Identificación: 79569301  
 Teléfono: 3462685  
 Dirección: CR 15 53 04 AP 402  
 Ciudad: BOGOTA  
 Fecha de nacimiento: 05-06-1972 Edad: 44 AÑOS  
 Beneficiarios: Según designación

**Datos de los beneficiarios**

Principal  
 \* 1 BANCO DAVIVIENDA S.A. NIT 860.034.313 En calidad de beneficiario oneroso 100% hasta el saldo insoluto de la deuda.

Supletivos	No. Identificación	Parentesco	Calidad	% Participación
Nombre				
BENEFICIARIOS DE LEY	0		LIBRE	100

**Vigencia del seguro**

Desde: 27 09 2016 Hasta: 27 09 2017  
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO  
 A las 24 horas A las 24 horas  
**Vigencia 365 días**

**Vigencia del certificado**

Desde: 27 09 2016 Hasta: 27 09 2017  
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO  
 A las 24 horas A las 24 horas  
**Vigencia 365 días**

**Coberturas**

Cobertura	*2 Valor asegurado inicial	Tasa	% Extraprima	Valor de prima
VIDA BASICA	\$671,678,077	3.008	0%	\$2,020,356
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$671,678,077	0.778	0%	\$522,540

**Valor asegurado**

Saldo Insoluto de la deuda incrementado en 50%

**Condiciones particulares:**

\*1 Poliza endosada a Banco Davivienda S.A. NIT 860034313 en calidad de Beneficiario Oneroso, hasta el saldo no pagado de la deuda correspondiente al credito numero 6000323006423050. Cualquier suma a favor sera reconocida a los demas beneficiarios designados por el asegurado, segun consta en el presente certificado de seguro

\*2 El valor asegurado inicial de esta poliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 50%

**Nota importante:** La mora en el pago de la prima de la poliza o de los certificados o anexos que se expiden con fundamento en ella, producira la terminacion automatica del contrato y le da derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada de los gastos causados con ocasion de la expedicion del contrato.

**Total a pagar**

Valor de la prima: \$211,908  
 Total a pagar: \$211,908  
 Periodicidad de pago: MENSUAL  
 Forma de pago: Debito automatico - libranzas  
 No. producto: 6000323006423050

**Prima estimada para una vigencia completa**

\$2,542,896 IVA INCLUIDO  
 Clausulado: 01/08/2016-1407-P-37-VI-000000000164  
 Entregado: PAPEL

**Si desea mayor información, comuníquese con:**

Nuestra RED322, marcando desde cualquier celular sin costo al #322 o a nivel nacional al 01 8000 123  
 • Bogota (1) 338 38 38  
 • Desde otras ciudades de Colombia 01 8000 123 838  
 • Desde Celulares Movistar #338

Firma Representante Legal  
 Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.  
 Nit. 860002503-2 • Avenida El Dorado No. 68B-31, piso 10  
 Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421  
 Bogota D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com





## **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL VIDA PROTECCIÓN**

### **CONDICIONES GENERALES**

Con sujeción a las Condiciones de la presente póliza, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en el presente contrato de seguro se llamará LA ASEGURADORA, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el TOMADOR o EL ASEGURADO, la cual se incorpora al contrato de seguro de vida para todos sus efectos, pagará en caso de siniestro a EL ASEGURADO o a su (s) Beneficiario (s) la suma asegurada que se indica en la carátula de la póliza del seguro de vida.

### **CONDICIÓN PRIMERA. - AMPAROS DEL SEGURO DE VIDA.**

CON ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO ESTÁ PROTEGIDO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

#### **1.1 AMPARO BÁSICO DEL SEGURO – MUERTE DEL ASEGURADO.**

DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA ASEGURADORA CUBRE DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO.

#### **1.2 AMPARO ADICIONAL QUE LE BRINDA ESTA PÓLIZA.**

MEDIANTE CONVENIO EXPRESO, ENTRE LA ASEGURADORA Y EL TOMADOR O EL ASEGURADO, LA ASEGURADORA OTORGA EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SEGÚN CONSTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

### **CONDICIÓN SEGUNDA. – EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA.**

ESTA PÓLIZA NO ESTABLECE EXCLUSIONES.

### **CONDICIÓN TERCERA. - VALOR ASEGURADO.**

El valor asegurado en cualquier momento de la vigencia de la póliza se estipula en pesos y corresponde inicialmente al valor asegurado que se indica en la carátula a la fecha de expedición del seguro.

En caso de existir beneficiario oneroso, el valor asegurado inicial de esta póliza se modificará de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a LA ASEGURADORA, incrementado en el porcentaje que se indica en la carátula de la póliza.

Cualquier solicitud y/o autorización de modificación del Valor Asegurado, por parte del ASEGURADO deberá cumplir con los mismos requisitos de asegurabilidad que exige LA ASEGURADORA y estará sujeta a la aprobación de ésta.

#### **CONDICIÓN CUARTA. - PRIMA DEL SEGURO DE VIDA.**

La prima se establecerá teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado y su ocupación, aplicando la tarifa registrada en la Superintendencia Financiera de Colombia.

Para edades inferiores a veinte (20) años, se aplicará la tasa que corresponde a la edad veinte (20) años.

#### **CONDICIÓN QUINTA. - LUGAR PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.**

Las primas correspondientes al seguro de vida deben pagarse por EL TOMADOR o EL ASEGURADO mediante la opción de autorizar expresamente la realización de débitos o cargos automáticos a los productos financieros que posea en entidades financieras autorizadas por LA ASEGURADORA, caso en el cual EL TOMADOR o EL ASEGURADO responsable del pago de la prima, se obliga a mantener disponibles durante todo el lapso comprendido entre el primer (1º) y el último día del mes previsto para efectuar el descuento, según la periodicidad de pago pactada, el cupo o fondos necesarios para que LA ASEGURADORA y la Entidad Financiera autorizada puedan efectuar el proceso de débito o cargo automático y recaudo de la prima.

#### **CONDICIÓN SEXTA. - PERIODICIDAD Y PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.**

EL TOMADOR es responsable por el pago de la prima. A solicitud escrita de EL TOMADOR o ASEGURADO, en el momento de la expedición o renovación del seguro, la prima del seguro de vida podrá pactarse en períodos mensuales.

Excepto para la primera prima, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, para lo cual se tendrá en cuenta la periodicidad de pago pactada y que para tal efecto se ha señalado en la carátula de la póliza.

La falta de pago de las primas posteriores a la primera, transcurrido el período de gracia, producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida a partir de la fecha hasta donde alcance a cubrir las primas efectivamente pagadas y LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos

después de la expiración de dicho plazo, en los términos del artículo 1068 del Código de Comercio. Si EL ASEGURADO fallece durante el período de gracia, LA ASEGURADORA deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago.

En el evento de existir BENEFICIARIO(S) ONEROSO(S) en la póliza, este(os) tiene(n) la posibilidad de asumir el pago de la prima del seguro para evitar su terminación automática.

LA ASEGURADORA se obliga a informar al/los beneficiario(s) oneroso(s) acerca de la terminación automática del contrato por la mora en el pago de la prima, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al vencimiento del plazo señalado para el pago.

### **CONDICIÓN SÉPTIMA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.**

De conformidad con las normas legales vigentes, EL TOMADOR o EL ASEGURADO está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por LA ASEGURADORA. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA ASEGURADORA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad del contrato de seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si EL TOMADOR o EL ASEGURADO ha encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al TOMADOR o EL ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero LA ASEGURADORA solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa adecuada al verdadero estado del riesgo, salvo lo previsto en la Condición Novena del presente clausulado en los términos del artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si LA ASEGURADORA, antes de celebrarse el contrato ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, conviene en subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

### **CONDICIÓN OCTAVA. - IRREDUCTIBILIDAD.**

Transcurridos dos (2) años en vida de EL ASEGURADO desde la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro de vida, la suma asegurada no podrá ser reducida por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.



## **CONDICIÓN NOVENA. - ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.**

Si respecto a la edad de EL ASEGURADO se comprueba inexactitud en la Solicitud del Seguro de Vida, se aplicarán las siguientes normas:

**9.1** Si la edad real está fuera de los límites autorizados por LA ASEGURADORA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la Condición Séptima en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

**9.2** Si es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima percibida por LA ASEGURADORA.

**9.3** Si es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 9.2 de la presente condición.

## **CONDICIÓN DÉCIMA. - BENEFICIARIOS.**

EL ASEGURADO podrá cambiar la designación de beneficiarios del seguro de vida en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, pero tal cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a las oficinas de LA ASEGURADORA a nivel nacional. El cambio podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto cuando este tenga la calidad de oneroso, caso en el cual, para cambiarlo o excluirlo, se requiere su consentimiento expreso o la desaparición del interés que lo legitima debidamente sustentado. El documento de solicitud del cambio debe tener la fecha de recibido y constancia de su recepción por parte de LA ASEGURADORA.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será, según lo indicado por EL ASEGURADO en el momento de la designación del beneficiario oneroso, el equivalente al valor de la deuda o saldo insoluto de la deuda en la fecha de fallecimiento de EL ASEGURADO; dicho valor en ningún caso podrá superar el valor asegurado de la póliza. El saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá a los demás BENEFICIARIOS designados por EL ASEGURADO.

La presente póliza permite que esta sea cedida o endosada en caso de una titularización de cartera, por parte del beneficiario oneroso, si lo hubiera.

## **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. - LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA.**

**11.1** La Edad mínima para la contratación de la póliza es 18 años.

**11.2** La Edad máxima de contratación es 70 años y 364 días.

**11.3** La edad límite de cobertura es 84 años y 364 días.



## **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. - CONVERSIÓN.**

En cualquier aniversario de la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y la edad de EL ASEGURADO no exceda la edad límite, este podrá rescindir el seguro y tomar otro, sin pruebas de asegurabilidad, bajo uno de los planes de seguro de vida individual de los que emite LA ASEGURADORA, con excepción de los temporales y crecientes, con base en la edad alcanzada por EL ASEGURADO y por un valor asegurado no mayor al de esta póliza en la fecha de conversión.

## **CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

### **13.1. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

LA ASEGURADORA pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y su anexo, si lo hubiera, dentro del mes siguiente a la fecha en que el o los beneficiarios acrediten su derecho, conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio. Dicha obligación está condicionada al cumplimiento de los requisitos legales y contractuales correspondientes.

### **13.2. VALOR A INDEMNIZAR.**

En caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios el valor asegurado alcanzado a la fecha de siniestro.

EL TOMADOR o ASEGURADO autoriza a LA ASEGURADORA a que solicite, aún después de su fallecimiento, el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite LA ASEGURADORA relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO o BENEFICIARIOS quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

EL ASEGURADO o BENEFICIARIOS, a petición de LA ASEGURADORA, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

## **CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. - EL CONTRATO.**

Hacen parte integrante del contrato:

**14.1.** La solicitud de seguro de EL ASEGURADO.

**14.2.** La declaración de asegurabilidad de EL ASEGURADO.

- 14.3.** Los resultados de los exámenes médicos de EL ASEGURADO.
- 14.4.** Las condiciones generales y particulares del contrato, así como su carátula.
- 14.5.** Los anexos que se emitan para adicionar, renovar, modificar, suspender o revocar este contrato.

### **CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.**

Toda modificación a las condiciones y/o valores asegurados, deberá tramitarse con la firma de EL TOMADOR o ASEGURADO en cualquier momento de la vigencia del seguro. En ausencia de éste, quien solicite la modificación deberá contar con un poder debidamente otorgado que lo faculte para solicitar los cambios a nombre de EL TOMADOR o ASEGURADO.

Cuando la póliza tenga designación de beneficiario en calidad de oneroso, cualquier modificación a las condiciones, coberturas y/o valores asegurados, solicitada por EL TOMADOR o ASEGURADO, deberá tramitarse con el consentimiento expreso del beneficiario oneroso mientras subsista el interés que lo legitima.

### **CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. – VIGENCIA.**

La vigencia de la póliza comienza con el pago de la primera prima y tendrá duración de un año.

Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del asegurado mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente en las siguientes condiciones:

**16.1** Hasta que EL ASEGURADO cumpla la edad límite de cobertura establecida en la Condición Décima Primera, de este contrato,

**16.2** Mientras se pague la prima con la periodicidad pactada y dentro del plazo correspondiente.

**16.3** Mientras no se presente alguna de las causales de terminación descritas en la Condición Décima Séptima.

**16.4** En caso de existir beneficiario oneroso en la presente póliza, a efectos de facilitar la continuidad de la póliza como garantía durante toda la duración del crédito, se establece la posibilidad de efectuar renovaciones sucesivas, en las siguientes condiciones:

**16.4.1** La renovación no requerirá nuevas pruebas de asegurabilidad.

**16.4.2** La renovación se generará por un período igual al establecido en la carátula y así consecutivamente, y

**16.4.3** La renovación dará lugar a la emisión de un nuevo certificado de la póliza donde se expresará el valor asegurado y el valor de la prima, teniendo en cuenta la variación del valor asegurado si es el caso y la edad del ASEGURADO.

### **CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA.- TERMINACIÓN DEL SEGURO.**

La presente póliza tendrá un cubrimiento máximo hasta la terminación de la vigencia cuando EL ASEGURADO haya cumplido la edad límite de cobertura, de acuerdo con lo estipulado en la Condición Décima Primera de este contrato.

La presente póliza termina por las siguientes causas:

**17.1.** Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, conforme la periodicidad pactada, una vez vencido el período de gracia estipulado.

**17.2** Cuando EL TOMADOR o EL ASEGURADO, solicite por escrito la terminación del seguro, para lo cual se tendrá en cuenta lo señalado en la cláusula Décima Octava.

**17.3.** En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que el asegurado cumpla 84 años y 364 días de edad.

**17.4.** Cuando LA ASEGURADORA pague la indemnización por el amparo de Incapacidad total y permanente.

### **CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.**

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito a LA ASEGURADORA.

Cualquier revocación que afecte a la póliza se informará al beneficiario oneroso si lo hubiere, dentro de un término no mayor a treinta (30) días contados a partir de la fecha de su conocimiento.

En caso de existir BENEFICIARIO(S) ONEROSO(S) en la póliza, esta decisión no se hará efectiva hasta que el(los) BENEFICIARIO(S) ONEROSO(S) manifieste(n) a LA ASEGURADORA su autorización para tal terminación, para lo cual LA ASEGURADORA informará a éste(os) dentro de los Treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de terminación del ASEGURADO.

Cuando LA ASEGURADORA haya recibido una o más primas por el presente contrato, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada por LA ASEGURADORA.

### **CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. - PAGOS Y DEUDAS.**

Cualquier suma pagadera por LA ASEGURADORA bajo la presente póliza, será



cancelada en su oficina Principal en Bogotá en sus agencias, sucursales o en cualquiera de las oficinas autorizadas.

### **CONDICIÓN VIGÉSIMA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.**

El ASEGURADO o el BENEFICIARIO, bajo la presente póliza, quedarán privados de todo derecho a indemnización en virtud de la misma, cuando la reclamación presentada fuera de cualquier manera fraudulenta, si para respaldar cualquier reclamación hacen o utilizan declaraciones falsas o si se emplean medios o documentos engañosos o dolosos.

### **CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA.- BASES DE CÁLCULO.**

Los valores de las tasas de la prima de riesgo que se involucran en el cálculo de la tarifa de esta póliza, han sido calculados con base en la tabla colombiana de mortalidad para asegurados aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

### **CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. - NOTIFICACIONES.**

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

### **CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. - DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

---

Firma Representante Legal  
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

## **ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL VIDA PROTECCIÓN**

### **CONDICIONES GENERALES**

Por convenio expreso entre COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A, en adelante LA ASEGURADORA, y el TOMADOR o ASEGURADO, previo el pago de la prima adicional correspondiente y la inclusión de esta cobertura en la carátula de la póliza, este ANEXO hace parte de la Póliza de Seguro de Vida Individual arriba citada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes Condiciones:

### **CONDICIÓN PRIMERA - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCACIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA REALIZAR CUALQUIER LABOR REMUNERATIVA RELACIONADA CON SU OCUPACIÓN HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACIÓN, FORMACIÓN O EXPERIENCIA, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTINUO DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS DE INCAPACIDAD.

SI EL ASEGURADO CUENTA CON LA CALIFICACIÓN REALIZADA POR LA E.P.S., LA A.R.P. Y/O ENTIDADES AUTORIZADAS PARA TAL FIN, ÉSTA SERÁ VÁLIDA DE ACUERDO CON LA LEY 100/93 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS. EN CASO DE PRESENTARSE DUDAS POR PARTE DE LA ASEGURADORA, ÉSTA PODRÁ SOLICITAR CALIFICACIÓN DE LA JUNTA MÉDICA REGIONAL O NACIONAL, CASO

EN EL CUAL EL COSTO DE LA CALIFICACIÓN SERÁ ASUMIDO POR LA ASEGURADORA.

PARA LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN CASO DE EXISTIR BENEFICIARIO ONEROSO, SE TENDRÁ COMO SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA AQUEL QUE SE REGISTRE EN LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADOR INFORME POR ESCRITO AL BENEFICIARIO SU ACEPTACIÓN RESPECTO DE LA INCAPACIDAD DEL ASEGURADO.

### **CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.**

EL PRESENTE ANEXO NO ESTABLECE EXCLUSIONES.

### **CONDICIÓN TERCERA.- PÉRDIDA.**

Conforme se emplea aquí el concepto "pérdida" significa con respecto de:

**3.1 Manos:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

**3.2 Pies:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

**3.3 Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

### **CONDICIÓN CUARTA. - VALOR ASEGURADO.**

La determinación del valor asegurado se realizará de la forma establecida en la CONDICIÓN TERCERA de las CONDICIONES GENERALES de la póliza a la cual accede este ANEXO.

### **CONDICIÓN QUINTA. - DEDUCCIONES.**

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente no es acumulable con la de la cobertura básica por riesgo de muerte y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la cobertura básica del riesgo de muerte del asegurado en estado de Incapacidad total y permanente.

## **CONDICIÓN SEXTA. - RECLAMACIONES.**

Para que LA ASEGURADORA pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad total y permanente, EL ASEGURADO o BENEFICIARIO(S) deberá(n) presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este ANEXO. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

## **CONDICIÓN SÉPTIMA. - LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA DEL ANEXO.**

- 7.1 La edad mínima para la contratación del presente ANEXO es 18 años.
- 7.2 La edad máxima de contratación es 69 años y 364 días.
- 7.3 La edad límite de cobertura es 70 años y 364 días.

## **CONDICIÓN OCTAVA.- BENEFICIARIOS.**

EL BENEFICIARIO de este ANEXO es EL ASEGURADO y no podrá designar otro beneficiario. Sin embargo, en caso de existir beneficiario oneroso en la póliza de seguro de vida, dicho BENEFICIARIO oneroso será a su vez el BENEFICIARIO de este ANEXO, caso en el cual, para excluirlo, se requiere su consentimiento expreso o la desaparición del interés que lo legitima debidamente sustentada. El documento de solicitud de exclusión debe tener la fecha de recibido y constancia de su recepción por parte de LA ASEGURADORA.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será, según lo indicado por EL ASEGURADO en el momento de la designación del beneficiario oneroso, el equivalente al valor de la deuda o saldo insoluto de la deuda en la fecha de siniestro; El saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá a EL ASEGURADO.

El presente ANEXO permite que este sea cedido o endosado con la póliza, en caso de una titularización de cartera, por parte del beneficiario oneroso, si lo hubiera.

## **CONDICIÓN NOVENA.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

En caso de Incapacidad total y permanente del ASEGURADO, LA ASEGURADORA le pagará al BENEFICIARIO la SUMA ASEGURADA vigente a la fecha de siniestro.

El pago se efectuará de conformidad con lo indicado en las CONDICIONES GENERALES DÉCIMA TERCERA, DÉCIMA CUARTA Y DÉCIMA QUINTA de la póliza a la que accede el presente ANEXO.



El ASEGURADO autoriza a LA ASEGURADORA a que solicite el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo, se obliga a suministrar toda la información que solicite LA ASEGURADORA relacionada con la reclamación.

El ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente de este ANEXO, cuando la reclamación presentada fuera de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

El ASEGURADO a petición de LA ASEGURADORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

### **CONDICIÓN DÉCIMA.- EXÁMENES MÉDICOS.**

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente ANEXO.

### **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA.- TERMINACIÓN.**

Este ANEXO se dará por terminado a falta de prórroga o cuando el TOMADOR o ASEGURADO expresamente lo manifieste por escrito, de acuerdo con lo señalado en las CONDICIONES GENERALES DÉCIMA SÉPTIMA y DÉCIMA OCTAVA de la póliza a la cual accede este ANEXO, o cuando EL ASEGURADO alcance la edad límite para el presente ANEXO.

El hecho de que LA ASEGURADORA haya recibido una o más primas por este ANEXO, después de que sea revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni dejará sin efecto tal terminación; cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será rembolsada poniéndose a disposición del TOMADOR o ASEGURADO.

En todo lo no previsto en este ANEXO, se aplicarán al presente ANEXO las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza.

---

Firma Representante Legal  
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



**Datos del Asegurado**

Nombres y apellidos <b>César Augusto Poveda Suárez</b>		Tipo de identificación C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No. de identificación <b>79569301</b>		Fecha de nacimiento <b>05/06/1972</b>	
Dirección <b>Cra 63 N° 22a-41 Apto 917</b>		Ciudad <b>Bogotá D.C.</b>		Teléfono <b>3244410</b>		Edad <b>43 años</b>	
Medicina prepagada <b>Coosava</b>		EPS <b>FAMISARSA</b>		Correo electrónico <b>cesar.poveda@yahoo.com</b>			

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio, declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No he sufrido ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoide o enfermedades del colágeno similares; várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas, trasplantes; obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mi actividad y ocupación como mi trabajo han sido y son lícitas y los he ejercido dentro de los marcos legales. No he sido imputado, sindicado, acusado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, ley 1266 de 2008 y en la ley 1581 de 2012, autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co).

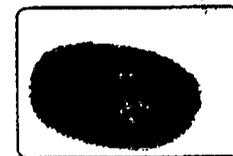
**IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.**

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.**

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 1 días del mes de Diciembre del año 2015.

C. Poveda  
Firma Solicitante  
Identificación No. 79569301



Huella índice derecho del Asegurado





**SOLICITUD DE SEGURO UNIFICADA**  
**PRODUCTOS VIDA PROTECCIÓN Y HOGAR PROTECCIÓN TOTAL**

LOS SEGUROS ESTARÁN EN VIGENCIA CUANDO EN SEÑAL DE ESTA SOLICITUD LAS COMPAÑÍAS EXPIDAN LAS PÓLIZAS RESPECTIVAS. LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO DE NO APROBAR ESTA SOLICITUD DE SEGURO.

Fecha de solicitud	Código oficina de venta	Cédula funcionario	Código funcionario	Producto
D / M / A 11	3220	102478803		Vida 759 <input checked="" type="checkbox"/> Hogar 339 <input checked="" type="checkbox"/>

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento	Tipo de identificación	No. de identificación
César Augusto	Poveda Suarez	05 / 05 / 1972	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	79569301
Dirección de correspondencia		Barrio	Ciudad	Departamento
Cra 63 N. 22a - 41 Apto 917		Ciudad Salitre	Bogotá	Cundinamarca
Teléfono de contacto	Numero celular	Correo electrónico		
3-244410	310-2475552	cesar-poveda@yahoo.com		

**Amparos Vida**

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS BOLÍVAR

Amparos solicitados	Amparos otorgados	Condiciones especiales
Muerte	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Muerte	
Incapacidad total y permanente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente	

**Valor Asegurado Vida**

Opción:	Monto:
1	

**Beneficiarios Vida**

Nombre o Razón social	Parentesco	Calidad	% participación
Juan Mendo		Marido	
		Fu	

**Hogar Protección Total - Datos del Inmueble a Asegurar**

Dirección del inmueble	Barrio	Ciudad	Departamento
Coran reserva de Pomerol T1 Apto 901	Ciudad Salitre	Bogotá D.C.	Cundinamarca
Valor asegurado	Tipo de vivienda	Año en que se construyó el inmueble	
\$ 818.060.900=	Apartamento	2016	

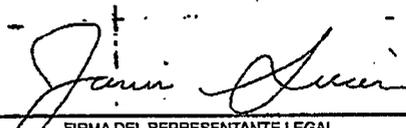
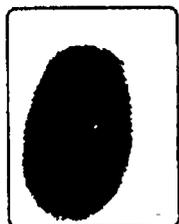
NOTA: El valor asegurado debe corresponder al Valor Comercial del Inmueble. El inmueble asegurado debe ser residencia familiar y estar dentro del perímetro urbano.

Vigencia desde	Vigencia hasta	Periodicidad de pago	Valor de la prima	No. de producto
D / M / A	D / M / A	Mensual	\$	

**Observaciones**

--

**Firmas**

 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	 FIRMA DEL TOMADOR	 Huella Índice derecho del Asegurado
--	--	--



Compañía de Seguros Bolívar S.A.

PRIMERA COPIA: BANCO

Forma VI-546 (Red. Abr15)

Señora

**JUEZ TREINTA Y SEIS (36) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

[ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Despacho

**Referencia:** Proceso Verbal de ALEJANDRA HENAO ARENAS y OTROS contra COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. y BANCO DAVIVIENDA S.A.

**Radicación:** 110013103036-2019-00771-00

**Asunto:** Contestación de la demanda

---

**DIANA VICTORIA VARGAS MOLINA**, mayor de edad, con domicilio en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía número 1.032.378.486 de Bogotá, abogada inscrita portadora de la tarjeta profesional 183.588 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, (en adelante "**SEGUROS BOLÍVAR**"), sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, identificada con número de identificación tributaria NIT 860.002.503-2, representada legalmente por la tercer suplente del Presidente, doctora María de las Mercedes Ibáñez Castillo, mayor de edad e identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén, según consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que obra en el expediente, estando dentro de la oportunidad procesal para ello<sup>1</sup>, y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 96 del Código General del Proceso, contesto la demanda formulada por la señora ALEJANDRA HENAO ARENAS, ANA MARÍA POVEDA HENAO y SANTIAGO POVEDA HENAO, en los siguientes términos.

### I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES

SEGUROS BOLÍVAR se opone a las pretensiones de la demanda, pues no se encuentran acreditados los requisitos legales y probatorios para su procedencia, y solicita desde ya se condene en costas a la parte demandante.

En los términos del artículo 96 del Código General del Proceso, numeral 2, SEGUROS BOLÍVAR se pronuncia respecto de cada pretensión, así:

**Pretensión Primera:** SEGUROS BOLÍVAR se opone por las siguientes razones:

- La póliza no se denomina "*Productos Vida Protección y Hogar Total*", ni se identifica con el número "*DE-45155*", ni inició vigencia el "*1 de diciembre de 2015*", ni tiene como valor asegurado "*la suma de \$818.060.900*", ni tiene como beneficiarios "*su cónyuge supérstite y sus hijos*", como equivocadamente lo afirma la parte demandante.
  
- La póliza se denomina Póliza Vida Protección, se identifica con el número

---

<sup>1</sup> Téngase en cuenta que el Auto que notificó a mi representada por conducta concluyente fue notificado por estado el 20 de mayo de 2021.

5132031921001, en la que figura como tomador y asegurado el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.), fue expedida el 28 de septiembre de 2016 e inició su vigencia a partir del 27 de septiembre de 2016, fecha de desembolso del crédito, con un valor asegurado inicial de \$671.678.077 que se modifica *“de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a la Aseguradora, incrementado en 50%”*.

- El beneficiario oneroso es BANCO DAVIVIENDA S.A. en virtud del préstamo realizado al señor POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.). El cónyuge superviviente y sus hijos no están legitimados para reclamar la indemnización derivada de la póliza.
- Como se explica en detalle en respuesta a los hechos y en las excepciones, la parte demandante confunde la fecha de solicitud del seguro (1 de diciembre de 2015) con la fecha de expedición de la póliza (28 de septiembre de 2016), así como el valor total del inmueble adquirido con el préstamo (\$818.060.900) con el valor asegurado de la póliza \$671.678.077 que se modifica *“de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a la Aseguradora, incrementado en 50%”*.

**Pretensión Segunda:** SEGUROS BOLÍVAR se opone toda vez que no existe fundamento fáctico ni jurídico alguno que permita establecer algún tipo de responsabilidad en cabeza de mi representada frente a los demandantes.

**Pretensión Tercera:** SEGUROS BOLÍVAR se opone en consideración a que no le asiste obligación indemnizatoria alguna en favor de los demandantes, no sólo porque el beneficiario oneroso de la póliza es BANCO DAVIVIENDA S.A. y no los demandantes, sino porque como se expone en detalle en respuesta a los hechos y en las excepciones, el contrato de seguro instrumentado en la Póliza Vida Protección No. 5132031921001, en la que figura como tomador y asegurado el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.), se encuentra viciado de nulidad relativa como consecuencia de la reticencia en la que incurrió el asegurado al momento de suscribir la Declaración de Asegurabilidad.

Adicionalmente, es preciso destacar que la suma de \$818.060.900 corresponde al valor total del inmueble, y no a la porción del crédito adeudado a BANCO DAVIVIENDA. El 27 de septiembre de 2016 el referido banco desembolsó al señor POVEDA (q.e.p.d.) la suma de \$443.659.000 bajo el producto leasing habitacional No. 6000323006423050 y según certificación expedida el 17 de noviembre de 2017 por el BANCO DAVIVIENDA, para dicha fecha el crédito leasing tenía un saldo pendiente por pagar en la suma de \$439.991.825. En consecuencia, es evidente que la suma reclamada en esta pretensión no tiene fundamento alguno.

**Pretensión Cuarta:** SEGUROS BOLÍVAR se opone como consecuencia de la falta de prosperidad de las pretensiones anteriores. En adición a lo anterior, no existe motivo para reclamar intereses desde el 6 de octubre de 2017, fecha de fallecimiento del asegurado.

En los términos del numeral 3 del artículo 1608 del Código Civil el deudor está en

mora cuando *“ha sido judicialmente reconvenido por el acreedor”*. En consecuencia, en el remoto evento en que SEGUROS BOLÍVAR sea condenada a pagar la indemnización pactada en la póliza, los intereses moratorios deberán calcularse desde la fecha de notificación de la demanda, esto es, desde el 20 de mayo del 2021, fecha en la que el Despacho notificó a mi representada por conducta concluyente del Auto admisorio de la demanda. Ello, con fundamento en el artículo 94 del Código General del Proceso que establece:

*“(…)*

*“La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.”* (Se destaca)

**Pretensión Quinta:** SEGUROS BOLÍVAR se opone como consecuencia de la falta de prosperidad de las pretensiones anteriores.

## II. PRONUNCIAMIENTOS SOBRE LOS HECHOS

Me pronuncio sobre cada uno de los hechos de la demanda, en el mismo orden en que fueron propuestos, así:

**Hecho 1.** No es cierto. A continuación se expone en orden cronológico el desarrollo de los hechos ocurridos, los cuales se demuestran con los anexos de la contestación presentada por BANCO DAVIVIENDA S.A. y los aportados con este escrito de contestación:

- El 28 de septiembre de 2015 el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.) y la señora ALEJANDRA HENAO solicitaron la financiación de vivienda a través de un leasing habitacional con opción de compra por valor de \$480.000.000 para adquirir un inmueble avaluado en \$818.060.900.
- En la referida solicitud de financiación, el señor Poveda Suarez (q.e.p.d.) manifestó que para la fecha de la firma de la solicitud, se desempeñaba como médico con 17 años de “vida laboral”.
- El 5 de octubre de 2015 BANCO DAVIVIENDA S.A. aprobó la solicitud de leasing habitacional por valor de \$480.000.000. Al producto leasing habitacional aprobado se le asignó el número 06000323006423050.
- El 1 de diciembre de 2015 el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.) y la señora ALEJANDRA HENAO diligenciaron la “Solicitud de Seguro Unificada Productos Vida Protección y Hogar Protección”. Es preciso destacar que este documento señala en caracteres destacados lo siguiente:



**SOLICITUD DE SEGURO UNIFICADA  
PRODUCTOS VIDA PROTECCIÓN Y HOGAR PROTECCIÓN TOTAL**

LOS SEGUROS ESTARÁN EN VIGENCIA CUANDO EN SEÑAL DE ESTA SOLICITUD LAS COMPAÑÍAS EXPIDAN LAS PÓLIZAS RESPECTIVAS. LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO DE NO APROBAR ESTA SOLICITUD DE SEGURO.

- El mismo 1 de diciembre de 2015 el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.) y la señora ALEJANDRA HENAO suscribieron de manera individual la "Declaración de Asegurabilidad" para el Seguro de Vida Individual- Vida Protección, con el fin de informar a SEGUROS BOLÍVAR su estado de salud como solicitantes del seguro.
- En la "Declaración de Asegurabilidad" suscrita el 1 de diciembre de 2015 el señor POVEDA (q.e.p.d.) declaró lo siguiente:



**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD  
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL - VIDA PROTECCIÓN**

**Datos del Asegurado**

Nombres y apellidos Cesar Augusto Poveda Suarez		Tipo de identificación C.C. @ C.E.O		No. de identificación 79569301		Fecha de nacimiento 05/06/1972	
Dirección Cra 63 N° 22a-41 Apto 917		Ciudad Bogotá D.C.		Teléfono 3244410		Edad 43 años	
Medicina prepagada Coomora		EPS FAMISANA		Correo electrónico cesar.poveda@yahoo.com			

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio, declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No he sufrido ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoide o enfermedades del colágeno similares; vórices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas, trasplantes, obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mi actividad y ocupación como mi trabajo han sido y son lícitas y los he ejercido dentro de los marcos legales. No he sido imputado, sindicado, acusado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verdadero y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, ley 1266 de 2008 y en la ley

- La referida "Declaración de Asegurabilidad" constituye la fuente de información con base en la cual la aseguradora determina si otorga o no cobertura al solicitante del seguro, y en caso afirmativo, las condiciones económicas bajo las cuales otorgaría la cobertura.
- En ese sentido, no es cierto que el 1 de diciembre de 2015 el señor POVEDA (q.e.p.d.) hubiere adquirido la póliza, como equivocadamente lo afirma la apoderada de la parte demandante, pues la póliza se adquiere cuando la

aseguradora aprueba la solicitud de seguro y en señal de aceptación expide la póliza.

- El 10 de agosto de 2016 BANCO DAVIVIENDA S.A. aprobó la solicitud elevada por el señor POVEDA (q.e.p.d.) de disminución del valor del crédito bajando de \$480.000.000 a \$443.659.000.
- El 28 de septiembre de 2016 BANCO DAVIVIENDA S.A. informó al señor POVEDA (q.e.p.d.) que el 27 de septiembre de 2016 le desembolsó la suma de \$443.659.000 bajo el producto leasing habitacional No. 6000323006423050.
- El 28 de septiembre de 2016 SEGUROS BOLÍVAR expidió la Póliza Vida Protección No. 5132031921001 en la que figura como tomador y asegurado el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.), y como beneficiario oneroso BANCO DAVIVIENDA S.A. con vigencia a partir del 27 de septiembre de 2016, fecha de desembolso de los recursos.<sup>2</sup>

Coberturas	
Cobertura	*2 Valor asegurado inicial
VIDA BASICA	\$671,678,077

**Condiciones particulares:**  
\*1 Poliza endosada a Banco Davivienda S.A. NIT 860034313 en calidad de Beneficiario Oneroso, hasta el saldo no pagado de la deuda correspondiente al credito numero 6000323006423050. Cualquier suma a favor sera reconocida a los demas beneficiarios designados por el asegurado, segun consta en el presente certificado de seguro  
\*2 El valor asegurado inicial de esta poliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 50%

- En ese orden de ideas, el señor POVEDA (q.e.p.d.) adquirió la Póliza Vida Protección No. 5132031921001 el 28 de septiembre de 2016 con un valor asegurado inicial de \$671.678.077 que se modifica *“de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a la Aseguradora, incrementado en 50%”*.

## Hecho 2. No es cierto como se presenta.

- El señor POVEDA (q.e.p.d.) suscribió la “Solicitud de Seguro Unificada Productos Vida Protección y Hogar Protección” y la “Declaración de Asegurabilidad” con el fin de que la aseguradora analizara el riesgo cuya cobertura estaba siendo solicitada, y determinara si expedía o no la póliza a favor del solicitante y las condiciones económicas bajo las cuales la expediría en caso que accediera a ello.
- La Póliza Vida Protección No. 5132031921001 no señala que es expedida *“con*

<sup>2</sup> Este documento se aporta como prueba documental con esta contestación.

*el fin de asegurar un capital para su familia y cubrir situaciones inesperadas y garantizar la tranquilidad económica y emocional a sus familiares".* Me remito a lo que expresamente establecen las condiciones generales y particulares pactadas en la referida póliza.

- Se reitera que el beneficiario oneroso de la Póliza Vida Protección No. 5132031921001 es BANCO DAVIVIENDA S.A. en virtud del crédito tomado por el señor POVEDA (q.e.p.d.) bajo el producto leasing habitacional No. 6000323006423050, hasta el saldo no pagado de la deuda.
- En consecuencia, la Póliza Vida Protección No. 5132031921001 no tiene por objeto "asegurar un capital" para la familia del señor POVEDA (q.e.p.d.).

**Hecho 3.** Es cierto de acuerdo con lo señalado en el Registro de Defunción aportado con la demanda.

**Hecho 4.** Son distintos hechos que contesto así:

- De acuerdo con la historia clínica es cierto que el señor POVEDA (q.e.p.d.) falleció como consecuencia de un cáncer gástrico.<sup>3</sup>
- Por ser un hecho ajeno a mi mandante no me consta que el cáncer haya hecho metástasis en menos de un año ni el daño generado en los demás órganos. Me remito a lo que señale la historia clínica sobre el particular.
- En todo caso, es preciso destacar que según la historia clínica del señor POVEDA (q.e.p.d.) el cáncer gástrico fue diagnosticado desde el 23 de marzo del año 2015, razón por la que el señor POVEDA (q.e.p.d.) inició ciclos de quimioterapia a partir del 30 de abril de 2015. Veamos:<sup>4</sup>

PACIENTE DEL DR, JORGE OSPINA, MEDICO RADIOLOGO QUE TIENE SU PRIMERA CONSULTA EL 8 DE ABRIL DE 2014, POR SÍNTOMAS DIGESTIVOS ALTOS, EN NOVIEMBRE DE 2014, EVDA NEGATIVA, EN MARZO DE 2015 PRESENTA NAUSEAS, TOMAN EVDA, QUE MUESTRA LESIÓN EN TERCIO DISTAL CARA ANTERIOR, TOMAN BIOPSIA QUE MUESTRA ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE TIPO DIFUSO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO, LLEVADO A CIRUGÍA EL 23 DE MARZO 2015, DONDE SE REALIZA GASTRECTOMÍA TOTAL, CON PATOLOGÍA QUE MUESTRA LESIÓN DE 6 X 5 CMS, HASTA SUBSEROSA, COMPROMISO EN BORDE DISTAL, 5 /14 GL DE CURVATURA MENOR METASTASICOS, 18 GL DE CURVATURA MENOR NORMAL, 1 GL ARTERIA HEPATICA METASTSICO, SE TRATA DE UN CÁNCER GÁSTRICO PT3PN2MORO, DEBER RECIBIR ADULANCIA BAJO SC DE 1,7. RECIBE 6 CICLOS DE OXALIPLATINO 200 MGS IV DIA 1, CAPCITABINE NIEN TOLERADOS. CICLO 1: 30 ABRIL 2015 BIEN TOLERADO. CICLO 2: 21 MAYO 2015 BIEN TOLERADO. CICLO 3: 16 JUNIO 2015. CICLO 4: 25 JUNIO 2015 PRESENTO DOLOR ABDOMINAL Y MELENAS, SE TOMA TAC COMPLETO, SIN EVIDENICA D ERECAIDA, EVDA NEGATIVA PARA TUMOR, CONTINUA EN QUIMIOTERAPIA. CICLO 5: 21 JULIO 2015. FINALIZA QUIMIOTERAPIA CON TOLERANCIA.

<sup>3</sup> Ver anexo 5 de esta contestación.

<sup>4</sup> Ver página 2 de la historia clínica aportada como prueba con este escrito. Anexo 5.

**Hecho 5.** Es cierto que el 15 de noviembre de 2017 la señora ALEJANDRA HENAO diligenció el Formato Único de Reclamaciones de seguros de Vida y aportó a BANCO DAVIVIENDA S.A., el registro de defunción, fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado y copia de la historia clínica.

Se aclara que con comunicación del 17 de noviembre de 2017 BANCO DAVIVIENDA S.A. remitió a mi representada la información radicada por la señora ALEJANDRA HENAO.

**Hecho 6.** Son distintos hechos que contesto así:

- Es cierto que mediante comunicación DNI-SV-6889277 del 16 de diciembre de 2017 SEGUROS BOLÍVAR dio respuesta a la reclamación allegada por BANCO DAVIVIENDA S.A., en el sentido de negarla por cuanto el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.) incurrió en reticencia al momento de diligenciar la Declaración de Asegurabilidad.
- En la Declaración de Asegurabilidad el señor POVEDA (q.e.p.d.) como solicitante del seguro declaró que no había sufrido ni sufría para el 1 de diciembre de 2015, de enfermedades tales como cáncer. Adicionalmente declaró que no había sido sometido a tratamientos por enfermedades tales como cáncer, a pesar de haber recibido tratamiento de quimioterapia 5 meses atrás, por haberle sido diagnosticado cáncer gástrico el 23 de marzo de 2015, tal como consta en la historia clínica.
- En la referida Declaración de Asegurabilidad se expresó *“reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. de Co)”*.
- El señor POVEDA (q.e.p.d.) suscribió la Declaración de Asegurabilidad en mención a pesar que esta señala en mayúscula y negrilla lo siguiente: “NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y ABSTENGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO”.
- Por la importancia de la Declaración de Asegurabilidad a continuación me permito incluir la imagen del documento:



Datos del Asegurado

Nombres y apellidos		Tipo de identificación		No. de identificación		Fecha de nacimiento	
César Augusto Poveda Suárez		C.C. C.E.O		79569301		05/06/1972	
Dirección		Ciudad		Teléfono		Edad	
Cra 63 N° 22a-40 Apto 917		Bogotá D.C.		3244410		43 años	
Medicina prepagada		EPS		Correo electrónico			
Coomova		FAMISANA		cesar.poveda@yahoo.com			

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio, declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No he sufrido ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoide o enfermedades del colágeno similares; várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas, trasplantes, obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mi actividad y ocupación como mi trabajo han sido y son lícitas y los he ejercido dentro de los marcos legales. No he sido imputado, sindicado, acusado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, ley 1266 de 2008 y en la ley 1581 de 2012, autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co).

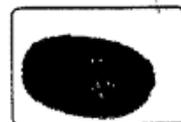
**IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.**

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.**

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 1 días del mes de Diciembre del año 2015

Firma Solicitante G. Poveda  
Identificación No. 79569301



Huella única derecho del Asegurado

- Por lo anterior, no es cierto que la argumentación de la negativa a la reclamación "nada tiene que ver con lo ofrecido por dicha Compañía de Seguros Bolívar S.A.". La argumentación con la cual SEGUROS BOLÍVAR negó la reclamación es fundada en la declaración rendida por el mismo asegurado, la reticencia en que aquel incurrió y la ley.

- No es cierto que "el núcleo familiar" del señor POVEDA (q.e.p.d.) tenga derecho al pago de la póliza. La familia del señor POVEDA no está legitimada para reclamar la indemnización derivada de la póliza. Se reitera que el beneficiario oneroso de la Póliza Vida Protección No. 5132031921001 es BANCO

DAVIVIENDA S.A. en virtud del crédito tomado por el señor POVEDA (q.e.p.d.) bajo el producto leasing habitacional No. 6000323006423050, hasta el saldo no pagado de la deuda.

**Hecho 7.** Son distintos hechos que contesto así:

- Es cierto que antes de expedir la póliza, SEGUROS BOLIVAR no solicitó al señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.) exámenes médicos o la historia clínica.
- Ello es así por cuanto en el contrato de seguro es trascendental el principio de buena fe. SEGUROS BOLÍVAR debe confiar en las declaraciones que realizan los solicitantes del seguro sobre su estado de salud, por cuanto son ellos quienes conocen las enfermedades que les han diagnosticado y los tratamientos médicos que han recibido.
- No es cierto que SEGUROS BOLIVAR tuviese el deber de realizar exámenes o pedir la historia clínica al asegurado *“al momento de la adquisición de la póliza”*. La ley no exige a la aseguradora realizar exámenes médicos para verificar si lo que declara el solicitante de un seguro es o no cierto. Y por lo mismo, la aseguradora puede válidamente confiar en las manifestaciones del solicitante del seguro.
- Por esta razón, en el evento en que el asegurado incurra en reticencia al haber omitido información o haber declarado circunstancias contrarias a la realidad, se produce un vicio en el consentimiento que otorgó la aseguradora para celebrar el contrato de seguro y por ende se configura la nulidad relativa del mismo, pues de haber conocido la realidad, la compañía de seguros hubiere pactado condiciones más onerosas o se hubiese abstenido de celebrar el contrato de seguro.
- **La Corte Constitucional ha aclarado que la realización de exámenes médicos es una exigencia aplicable únicamente a los contratos de medicina prepagada o pólizas de salud, mas no frente a todas las modalidades de contrato de seguro, como en este caso el seguro de vida.** En efecto, en sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016 la Corte Constitucional señaló lo siguiente:

*“Adicionalmente, la accionante sostiene que la entidad no le realizó exámenes médicos para confrontarlos con su declaración, ni accedió a su historia clínica, pese a tener autorización para el efecto. Al respecto, sobre este punto, como quedó establecido en el acápite de pruebas, se recuerda que la actora al responder la declaración de asegurabilidad contenida en el anexo 1 de la póliza marcó la casilla de “No” a todas las preguntas que se le realizaron sobre su estado de salud, entre ellas, si sufría de trastornos mentales o psiquiátricos o enfermedades en los músculos. De igual manera, marcó la casilla “No” a la pregunta genérica de si “Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente”.*

*En ese orden de ideas, y como se insistió previamente, cuando se contratan seguros de vida, salvo pacto en contrario, debe atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que deja a la autonomía de las partes la posibilidad de realizar un examen médico, sin que ello sea óbice para que el asegurado quede exento de la obligación de veracidad en la declaración del estado del riesgo, lo cual se explica desde la característica principal del contrato de seguro, esto es, ser un negocio fundado en el principio de máxima buena fe.*

*De ahí que cuando BBVA Seguros de Vida decidió no realizar un examen de ingreso, lo hizo en ejercicio de una habilitación legal que así se lo permite y que además se acompasa con el deber de buena fe predicable del tomador, de lo cual se derivaba que la aseguradora podía confiar en que la señora Hernández Herrera había declarado con sinceridad su estado de salud y que, por ende, no tenía ningún antecedente que sugiriera a la aseguradora la necesidad de revisar su historia clínica o de realizar un examen médico con el efecto de determinar si se celebraba o no el negocio jurídico o si se hacía necesario estipular condiciones más onerosas.”*

*“(…)*

*“3.5.7. En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras –al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas– deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato<sup>5</sup>. Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro, excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.*

*El alcance de dichas providencias se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter partes que por regla general tienen las sentencias de tutela<sup>6</sup>. De ahí que, no puede inferirse per se la existencia de una regla sobre la materia, sobre todo si se tiene en cuenta que en este campo rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes –de acuerdo con el postulado de normatividad de los contratos– cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el*

---

<sup>5</sup> Sentencias T-832 de 2010, T-222 de 2014 y T-830 de 2014.

<sup>6</sup> El artículo 36 del Decreto 2591 de 1991 dispone que: “Las sentencias en que se revise una decisión de tutela sólo surtirán efectos en el caso concreto y deberán ser comunicadas inmediatamente al juez o tribunal competente de primera instancia, el cual notificará la sentencia de la Corte a las partes y adoptará las decisiones necesarias para adecuar su fallo a lo dispuesto por ésta”.

asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro<sup>7</sup>.

**Por lo anterior, precisamente, es que la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010<sup>8</sup> y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012<sup>9</sup>, en los siguientes términos:**

*“Es importante precisar el alcance de lo expresado por la Sala Sexta, pues no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”*

*Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, **en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.**”<sup>10</sup>*  
(Se destaca)

- De otro lado, es preciso destacar que el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.) se desempeñaba como médico con 17 años de “vida laboral” según lo indicó en la solicitud del crédito. Veamos<sup>11</sup>:

ACTIVIDAD LABORAL																																		
<input checked="" type="radio"/> Empleado	<table border="1"> <tr> <td>Empleado</td> <td>Nombre de la Entidad</td> <td>COI HABENES Y CIA LTDA</td> <td>Actividad Económica</td> <td>Salud</td> <td>Contrato</td> <td><input checked="" type="radio"/> Fijo</td> <td><input type="radio"/> Indefinido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cargo</td> <td>Médico</td> <td>Nit</td> <td>830.050.895-9</td> <td>Años de Vida Laboral</td> <td>17</td> <td>Fecha de Ingreso</td> <td>(1998-09-01)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Independiente</td> <td>Independiente / Ocupación</td> <td colspan="2">Nombre de la Empresa</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Rentista de Capital</td> <td>Rentista de Capital</td> <td>Nit</td> <td>Fecha de Constitución</td> <td></td> <td>Actividad Económica</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Empleado	Nombre de la Entidad	COI HABENES Y CIA LTDA	Actividad Económica	Salud	Contrato	<input checked="" type="radio"/> Fijo	<input type="radio"/> Indefinido		Cargo	Médico	Nit	830.050.895-9	Años de Vida Laboral	17	Fecha de Ingreso	(1998-09-01)	<input type="radio"/> Independiente	Independiente / Ocupación	Nombre de la Empresa						<input type="radio"/> Rentista de Capital	Rentista de Capital	Nit	Fecha de Constitución		Actividad Económica		
Empleado	Nombre de la Entidad	COI HABENES Y CIA LTDA	Actividad Económica	Salud	Contrato	<input checked="" type="radio"/> Fijo	<input type="radio"/> Indefinido																											
	Cargo	Médico	Nit	830.050.895-9	Años de Vida Laboral	17	Fecha de Ingreso	(1998-09-01)																										
<input type="radio"/> Independiente	Independiente / Ocupación	Nombre de la Empresa																																
<input type="radio"/> Rentista de Capital	Rentista de Capital	Nit	Fecha de Constitución		Actividad Económica																													

<sup>7</sup> Así, en la Sentencia T-902 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa, se expuso que: “(...) [desde] el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes”. Énfasis por fuera del texto original.

<sup>8</sup> M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

<sup>9</sup> M.P. María Victoria Calle Correa.

<sup>10</sup> M.P. Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

<sup>11</sup> Ver solicitud del crédito aportada por Banco Davivienda S.A. con la contestación de la demanda.

- En ese sentido, es evidente que el señor POVEDA (q.e.p.d.) conocía cada una de las enfermedades a las que se refería la Declaración de Asegurabilidad, razón por la cual dicha declaración debe ser interpretada con mayor rigor dada la profesionalidad del asegurado en el campo de la salud.

**Hecho 8.** No es cierto como se presenta.

- SEGUROS BOLÍVAR otorgó su consentimiento para celebrar el contrato de seguro con base en la Declaración de Asegurabilidad suscrita por el señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.). Sin embargo, teniendo en cuenta que el señor POVEDA (q.e.p.d.) conocía que le había sido diagnosticado un cáncer gástrico con anterioridad a la fecha de diligenciamiento de la Declaración de Asegurabilidad y aún así guardó silencio, vició el consentimiento que había otorgado SEGUROS BOLÍVAR para celebrar el contrato de seguro, pues si mi representada hubiese conocido que el señor POVEDA había sido diagnosticado con cáncer no hubiese expedido la póliza.
- No es cierto que *“la entidad aseguradora asume el riesgo en las condiciones en que se halle, sin que luego lo llamen reticencia, cuando ni siquiera hubo declaración espontánea”*. En los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador tiene la obligación de declarar sinceramente las circunstancias que rodean el estado del riesgo. En el caso que nos ocupa ello no ocurrió, razón por la que es evidente que el asegurado fue reticente.
- No es cierto que *“la entidad accionada, elaboró (sic) el documento, conocía que las manifestaciones allí contenidas podía no ajustarse a la situación real del suscriptor”*. SEGUROS BOLIVAR no conoció el verdadero estado de salud del asegurado al momento de expedir la póliza, pues de haber sabido que el asegurado había sido diagnosticado con cáncer y había recibido quimioterapia 6 meses antes de la fecha de suscripción de la Declaración de Asegurabilidad, no hubiese expedido la póliza.

**Hecho 9.** No es un hecho. Es una consideración de la parte demandante. En todo caso reitero lo expresado en respuesta al hecho No. 7. Tal como lo aclaró la Corte Constitucional en sentencia T-058 de 2016 no existe obligación de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de seguro de vida por cuanto la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada. Tal exigencia es aplicable únicamente a los contratos de medicina prepagada o pólizas médicas.

**Hecho 10.** Es cierto.

### III. EXCEPCIONES

Con fundamento en lo expuesto anteriormente, propongo como excepciones de fondo, además de la genérica de que trata el artículo 282 del Código de General del Proceso, las siguientes.

## 1. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA

En el caso que nos ocupa se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro como resultado de la reticencia en la que incurrió el asegurado, señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.), al momento de solicitar el seguro de vida a SEGUROS BOLÍVAR, tal y como se detalla a continuación.

En los términos del artículo 1058 del Código de Comercio:

*“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*

*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

*Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.” (Se destaca)*

El señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.):

- Se desempeñaba como médico con 17 años de “vida laboral” según lo indicó en la solicitud del crédito. Veamos<sup>12</sup>:

ACTIVIDAD LABORAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Empleado	Empleado Nombre de la Entidad: <u>COI HABENES Y CIA LTDA</u> Actividad Económica: <u>Salud</u> Cargo: <u>Médico</u> N.º: <u>830.050.999-9</u> Años de Vida Laboral: <u>17</u> Fecha de Ingreso: <u>(1998-09-01)</u> Contrato: <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Prestación de Servicios
<input type="checkbox"/> Independiente	Independiente / Ocupación: _____ Nombre de la Empresa: _____
<input type="checkbox"/> Rentista de Capital	Rentista de Capital: _____ Año: _____ Fecha de Constitución: _____ Actividad Económica: _____

- Conoció que desde el **23 de marzo del año 2015** le fue diagnosticado cáncer gástrico. Según la historia clínica del señor POVEDA (q.e.p.d.), inició ciclos de quimioterapia a partir del 30 de abril de 2015. Veamos:<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Ver solicitud del crédito aportada por Banco Davivienda S.A. con la contestación de la demanda.

<sup>13</sup> Ver página 2 de la historia clínica aportada como prueba con este escrito.

PACIENTE DEL DR, JORGE OSPINA, MEDICO RADIOLOGO QUE TIENE SU PRIMERA CONSULTA EL 8 DE ABRIL DE 2014, POR SÍNTOMAS DIGESTIVOS ALTOS, EN NOVIEMBRE DE 2014, EVDA NEGATIVA, EN MARZO DE 2015 PRESENTA NAUSEAS, TOMAN EVDA, QUE MUESTRA LESIÓN EN TERCIO DISTAL CARA ANTERIOR, TOMAN BIOPSIA QUE MUESTRA ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE TIPO DIFUSO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO, **LLEVADO A CIRUGÍA EL 23 DE MARZO 2015**, DONDE SE REALIZA GASTRECTOMÍA TOTAL, CON PATOLOGÍA QUE MUESTRA LESIÓN DE 6 X 5 CMS, HASTA SUBSEROSA, COMPROMISO EN BORDE DISTAL, 5 /14 GL DE CURVATURA MENOR METASTASICOS, 18 GL DE CURVATURA MENOR NORMAL, 1 GL ARTERIA HEPATICA METASTSICO, **SE TRATA DE UN CÁNCER GÁSTRICO** PT3PN2MORO, DEBER RECIBIR ADULANCIA BAJO SC DE 1,7.  
**RECIBE 6 CICLOS DE OXALIPLATINO 200 MGS IV DIA 1, CAPCITABINE NIEN TOLERADOS.**  
**CICLO 1: 30 ABRIL 2015 BIEN TOLERADO. CICLO 2: 21 MAYO 2015 BIEN TOLERADO. CICLO 3: 16 JUNIO 2015. CICLO 4: 25 JUNIO 2015 PRESENTO DOLOR ABDOMINAL Y MELENAS, SE TOMA TAC COMPLETO, SIN EVIDENICA D ERECAIDA, EVDA NEGATIVA PARA TUMOR, CONTINUA EN QUIMIOTERAPIA. CICLO 5: 21 JULIO 2015.** FINALIZA QUIMIOTERAPIA CON TOLERANCIA.

- A pesar de realizarse el referido tratamiento frente al cáncer que le había sido diagnosticado, el 1 de diciembre de 2015 solicitó a SEGUROS BOLÍVAR el seguro de vida y suscribió la “Declaración de Asegurabilidad”, documento que tiene por objeto informar a la aseguradora el estado de salud del solicitante del seguro, para que esta determine si otorga o no la cobertura.
- En dicha Declaración de Asegurabilidad declaró que no había sufrido ni sufría para el 1 de diciembre de 2015, de enfermedades tales como cáncer. Adicionalmente declaró que no había sido sometido a tratamientos por enfermedades tales como cáncer, a pesar de haber recibido tratamiento de quimioterapia 5 meses atrás, por haberle sido diagnosticado cáncer gástrico el 23 de marzo de 2015, tal como consta en la historia clínica.
- En la referida Declaración de Asegurabilidad expresó *“reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. de Co)”*.
- Suscribió la Declaración de Asegurabilidad en mención a pesar que esta señala en mayúscula y negrilla lo siguiente: “NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y ABSTENGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO”.

Por su importancia para este proceso, a continuación se incluye una imagen de la Declaración de Asegurabilidad:



**Datos del Asegurado**

Nombres y apellidos		Tipo de identificación		No. de identificación		Fecha de nacimiento	
César Augusto Poveda Suárez		C.C. C.E.O		79569301		05/06/1972	
Dirección		Ciudad		Teléfono		Edad	
Cra 63 N° 22a-40 Apto 917		Bogotá D.C.		3244410		43 años	
Medicina prepagada		EPS		Correo electrónico			
Coomava		FAMISANA		cesar.poveda@yahoo.com			

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio, declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No he sufrido ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoide o enfermedades del colágeno similares; várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas, trasplantes, obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mi actividad y ocupación como mi trabajo han sido y son lícitas y los he ejercido dentro de los marcos legales. No he sido imputado, sindicado, acusado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, ley 1266 de 2008 y en la ley 1581 de 2012, autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co).

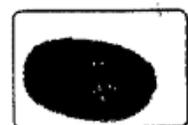
**IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.**

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.**

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 1 días del mes de Diciembre del año 2015

Firma Solicitante: G. Poveda  
Identificación No. 79569301



- La referida "Declaración de Asegurabilidad" constituye la fuente de información con base en la cual la aseguradora determina si otorga o no cobertura al solicitante del seguro, y en caso afirmativo, las condiciones económicas bajo las cuales otorgaría la cobertura.
- El señor POVEDA (q.e.p.d.) falleció el 6 de octubre de 2017 como consecuencia del cáncer gástrico que le fue diagnosticado desde el 23 de marzo de 2015, y que en consecuencia, conocía para la fecha en la que suscribió la Declaración de Asegurabilidad.

Por lo anterior, el señor POVEDA (q.e.p.d.) incurrió en reticencia al viciar el consentimiento otorgado por SEGUROS BOLÍVAR quien decidió expedir la póliza con base en información declarada por el asegurado y que finalmente no correspondía con la realidad.

En los términos del artículo 1058 *“la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.”*

En consecuencia, en la medida en que SEGUROS BOLÍVAR no hubiese expedido la póliza a favor del señor POVEDA (q.e.p.d.) de haber conocido que le había sido diagnosticado cáncer para la fecha de solicitud del seguro, se produjo la nulidad relativa del contrato de seguro instrumentalizado en la Póliza Vida Protección No. 5132031921001, razón por la que las pretensiones de la demanda deberán ser negadas.

## **2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS A LOS SOLICITANTES DE UN SEGURO DE VIDA.**

La parte actora alega que SEGUROS BOLÍVAR tenía el deber de realizar exámenes médicos al señor POVEDA (q.e.p.d.), y que por lo mismo, en su opinión, no se configuró la reticencia.

Sobre el particular es preciso destacar que la ley no exige a la aseguradora realizar exámenes médicos para verificar si lo que declara el solicitante de un seguro es o no cierto. Y por lo mismo, la aseguradora puede válidamente confiar en las manifestaciones del solicitante del seguro.

Por esta razón, en el evento en que el asegurado incurra en reticencia al haber omitido información o haber declarado circunstancias contrarias a la realidad, se produce un vicio en el consentimiento que otorgó la aseguradora para celebrar el contrato de seguro y por ende, se configura la nulidad relativa del mismo, pues de haber conocido la realidad, la compañía de seguros hubiere pactado condiciones más onerosas o se hubiese abstenido de celebrar el contrato de seguro.

**La Corte Constitucional ha aclarado que la realización de exámenes médicos es una exigencia aplicable únicamente a los contratos de medicina prepagada o pólizas de salud, mas no frente a todas las modalidades de contrato de seguro, como en este caso el seguro de vida. En efecto, en sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016 la Corte Constitucional señaló lo siguiente:**

*“Adicionalmente, la accionante sostiene que la entidad no le realizó exámenes médicos para confrontarlos con su declaración, ni accedió a su historia clínica, pese a tener autorización para el efecto. Al respecto, sobre este punto, como quedó establecido en el acápite de pruebas, se recuerda que la actora al responder la declaración de asegurabilidad contenida en el anexo 1 de la póliza marcó la casilla de “No” a todas las preguntas que se le realizaron sobre su estado*

de salud, entre ellas, si sufría de trastornos mentales o psiquiátricos o enfermedades en los músculos. De igual manera, marcó la casilla “No” a la pregunta genérica de si “Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente”.

*En ese orden de ideas, y como se insistió previamente, cuando se contratan seguros de vida, salvo pacto en contrario, debe atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que deja a la autonomía de las partes la posibilidad de realizar un examen médico, sin que ello sea óbice para que el asegurado quede exento de la obligación de veracidad en la declaración del estado del riesgo, lo cual se explica desde la característica principal del contrato de seguro, esto es, ser un negocio fundado en el principio de máxima buena fe.*

***De ahí que cuando BBVA Seguros de Vida decidió no realizar un examen de ingreso, lo hizo en ejercicio de una habilitación legal que así se lo permite y que además se acompasa con el deber de buena fe predicable del tomador, de lo cual se derivaba que la aseguradora podía confiar en que la señora Hernández Herrera había declarado con sinceridad su estado de salud y que, por ende, no tenía ningún antecedente que sugiriera a la aseguradora la necesidad de revisar su historia clínica o de realizar un examen médico con el efecto de determinar si se celebraba o no el negocio jurídico o si se hacía necesario estipular condiciones más onerosas.”***

“(…)

***“3.5.7. En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras –al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas– deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato<sup>14</sup>. Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro, excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.***

*El alcance de dichas providencias se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter partes que por regla general tienen las sentencias de tutela<sup>15</sup>. De ahí que, no puede inferirse per se la existencia de una regla sobre la materia, sobre todo si se tiene en cuenta que en este campo rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes –de acuerdo con el postulado de normatividad de los contratos– cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto*

---

<sup>14</sup> Sentencias T-832 de 2010, T-222 de 2014 y T-830 de 2014.

<sup>15</sup> El artículo 36 del Decreto 2591 de 1991 dispone que: “Las sentencias en que se revise una decisión de tutela sólo surtirán efectos en el caso concreto y deberán ser comunicadas inmediatamente al juez o tribunal competente de primera instancia, el cual notificará la sentencia de la Corte a las partes y adoptará las decisiones necesarias para adecuar su fallo a lo dispuesto por ésta”.

del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro<sup>16</sup>.

**Por lo anterior, precisamente, es que la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010<sup>17</sup> y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012<sup>18</sup>, en los siguientes términos:**

*“Es importante precisar el alcance de lo expresado por la Sala Sexta, pues no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”*

*Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, **en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.**”<sup>19</sup> (Se destaca)*

Así las cosas, teniendo en cuenta la citada precisión jurisprudencial, el argumento de la parte demandante según el cual la aseguradora estaba obligada a practicar exámenes médicos al momento de expedir la póliza de seguro de vida, está llamado al fracaso.

### **3. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA**

La Póliza Vida Protección No. 5132031921001 tiene como beneficiario oneroso a BANCO DAVIVIENDA S.A. hasta el 100% del saldo insoluto de la deuda.

Lo anterior, en consideración a que la misma fue expedida con ocasión de la solicitud del crédito elevada por el señor POVEDA (q.e.p.d.) por la suma \$443.659.000 bajo el

---

<sup>16</sup> Así, en la Sentencia T-902 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa, se expuso que: “(...) [desde] el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes”. Énfasis por fuera del texto original.

<sup>17</sup> M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

<sup>18</sup> M.P. María Victoria Calle Correa.

<sup>19</sup> M.P. Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

producto leasing habitacional No. 6000323006423050, el cual fue desembolsado al asegurado el 27 de septiembre de 2016.

En efecto se señala en las condiciones particulares de la póliza lo siguiente:

#### Datos de los beneficiarios

Principal

\* 1 BANCO DAVIVIENDA S.A. NIT 860.034.313 En calidad de beneficiario oneroso 100% hasta el saldo insoluto de la deuda.

#### Condiciones particulares:

\*1 Poliza endosada a Banco Davivienda S.A. NIT 860034313 en calidad de Beneficiario Oneroso, hasta el saldo no pagado de la deuda correspondiente al credito numero 6000323006423050. Cualquier suma a favor sera reconocida a los demas beneficiarios designados por el asegurado, segun consta en el presente certificado de seguro

\*2 El valor asegurado inicial de esta poliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 50%

En ese sentido, el legitimado para obtener la indemnización derivada del amparo Vida, de la póliza Vida Protección No. 5132031921001, es el BANCO DAVIVIENDA S.A. de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda, y no la parte demandante.

#### 4. PRESCRIPCIÓN

En el remoto evento que el Despacho considere que la parte demandante está legitimada por activa para reclamar el pago de la indemnización – que se reitera no lo está- deberá tenerse en cuenta que el presente reclamo se encuentra prescrito.

El asegurado falleció el 6 de octubre de 2017, los demandantes presentaron la demanda el 16 de diciembre de 2019 y la notificación de la misma a mi representada ocurrió el 20 de mayo de 2021.

Se excedió con creces el término de 2 años de prescripción ordinaria establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, razón por la que el reclamo se encuentra prescrito.

A continuación se analiza (i) la normatividad, (ii) la jurisprudencia y (iii) los hechos, todo lo cual permite concluir que en el caso que no ocupa la reclamación formulada por la parte demandante está prescrita.

##### (i) La normatividad

El artículo 1081 del Código de Comercio, señala lo siguiente:

*“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

***La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.***

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes". (La negrilla es nuestra)*

(ii) La jurisprudencia

La Corte Suprema de Justicia ha señalado que la prescripción ordinaria corre desde que se tiene conocimiento del hecho que da base a la acción. En el seguro de vida, el hecho que da base a la acción del beneficiario es la muerte del asegurado, pues es esta situación la que activa la cobertura. Veamos:

*"Como en punto tocante al inicio del referido decurso, **se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, ..) al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento**"<sup>20</sup> (La negrilla es nuestra).*

En relación con la configuración de prescripción la Superintendencia Financiera ha destacado que la aplicación de la prescripción ordinaria o extraordinaria no depende de la voluntad de las partes sino de los hechos. En el caso de la prescripción ordinaria, el término de prescripción inicia desde que se tiene el conocimiento del hecho que da base a la acción o desde el instante en que una persona diligente lo habría tenido. En efecto, ha señalado la Superintendencia:

*"Ni el asegurado ni el beneficiario pueden escoger el término de prescripción que más les convenga. Uno y otro dependen de las circunstancias. Así, **si se ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, lo que supone buena fe exenta de culpa, comenzará a correr el término de dos años de la prescripción ordinaria, desde la fecha de tal conocimiento o desde el instante en que una persona diligente lo habría tenido**"<sup>21</sup> (Se destaca).*

(iii) El caso que nos ocupa

En el caso que nos ocupa sin duda alguna la parte demandante conoció con certeza la fecha de ocurrencia del hecho que da base a la acción, esto es, la muerte del asegurado.

El asegurado CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.) falleció el 6 de octubre de 2017 y tan sólo hasta el 16 de diciembre de 2019, esto es, más de dos años después de ocurrido el hecho que da base a la acción (muerte del asegurado) la parte demandante radicó la demanda del proceso que nos ocupa.

---

<sup>20</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia de agosto 3 de 2017, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

<sup>21</sup> SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, Concepto No. 1999035395-2 de agosto 20 de 1999.

La demanda fue admitida con auto del 29 de enero de 2020 y notificada a mi mandante más de un año después, el 20 de mayo de 2021, por conducta concluyente en los términos del inciso segundo del artículo 301 del Código General del Proceso.

En consecuencia, transcurrieron más de dos años desde el momento en que ocurrió el hecho que da base a la acción en el seguro de vida, es decir, la fecha de la muerte del asegurado y la fecha en la que los demandantes radicaron la demanda.

Y adicionalmente, transcurrieron más de tres años y siete meses desde el momento en que falleció el asegurado y la fecha en la que fue notificada SEGUROS BOLIVAR de la demanda que nos ocupa.

En consecuencia, a la luz de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio en el presente caso se configuró la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Por todo lo anterior, respetuosamente solicito al Despecho negar las pretensiones de la demanda por haberse configurado la prescripción.

## **5. COBRO DE LO NO DEBIDO O MÁS DE LO DEBIDO**

La parte actora reclama la suma de \$818.060.900 por concepto de capital. Sin embargo, dicho valor corresponde al valor total del inmueble, y no a la porción del crédito adeudado a BANCO DAVIVIENDA.

En efecto, el 27 de septiembre de 2016 BANCO DAVIVIENDA desembolsó al señor POVEDA (q.e.p.d.) la suma de \$443.659.000 bajo el producto leasing habitacional No. 6000323006423050, para que fuera adquirido el inmueble avaluado en \$818.060.900.

Según certificación expedida el 17 de noviembre de 2017 por el BANCO DAVIVIENDA<sup>22</sup>, para dicha fecha el crédito leasing tenía un saldo pendiente por pagar en la suma de \$439.991.825.

La póliza tiene un valor asegurado inicial para el amparo de Vida Básica de \$671.678.077 que corresponde al saldo insoluto de la deuda incrementado en un 50%. Asimismo, la póliza aclara que *“el valor asegurado inicial de esta póliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 50%”*.

En consecuencia, el valor que hipotéticamente estaría obligada a pagar mi representada se limita al saldo insoluto de la deuda.

---

<sup>22</sup> Documento que se aporta con esta contestación en el Anexo 7.

## 6. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

En el remoto evento que el Juzgado considere que mi mandante tiene la obligación de indemnizar a los demandantes, deberá tenerse en cuenta que el valor reclamado por la parte actora excede el valor asegurado.

La póliza tiene un valor asegurado inicial para el amparo de Vida Básica de \$671.678.077 que corresponde al saldo insoluto de la deuda incrementado en un 50%. Asimismo, la póliza aclara que “*el valor asegurado inicial de esta póliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 50%*”.

En ese orden de ideas, el valor asegurado va disminuyendo a medida que se va pagando el crédito.

En efecto señalan las condiciones particulares, lo siguiente:

Coberturas	
Cobertura	*2 Valor asegurado inicial
VIDA BASICA	\$671,678,077
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$671,678,077

### Condiciones particulares:

\*1 Poliza endosada a Banco Davivienda S.A. NIT 860034313 en calidad de Beneficiario Oneroso, hasta el saldo no pagado de la deuda correspondiente al credito numero 6000323006423050. Cualquier suma a favor sera reconocida a los demas beneficiarios designados por el asegurado, segun consta en el presente certificado de seguro

\*2 El valor asegurado inicial de esta poliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 50%

En la medida que la parte demandante está reclamando una suma ajena a la adeudada en el crédito tomado bajo la figura de leasing habitacional numero 6000323006423050, en el remoto evento en que mi mandante sea condenada a pagar, el valor de la condena no podrá superar el límite del valor asegurado, esto es, el saldo insoluto de la deuda incrementado en un 50%.

## 7. IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE INTERESES

En el hipotético evento en que el Despacho considere que mi mandante tiene la obligación de pagar la indemnización contemplada en la póliza deberá tenerse en cuenta que sólo con la notificación de la demanda se constituyó en mora a SEGUROS BOLÍVAR. Veamos:

Los demandantes reclaman intereses moratorios desde el 6 de octubre de 2017, fecha de fallecimiento del asegurado. Esta petición es abiertamente improcedente pues para aquella época ni siquiera se había reclamado a mi mandante suma alguna.

Debe tenerse en cuenta que en los términos del numeral 3 del artículo 1608 del Código Civil el deudor está en mora cuando *“ha sido judicialmente reconvenido por el acreedor”*.

Según el Acta de Reparto, la demanda fue presentada el 16 de diciembre de 2019, admitida con auto del 29 de enero de 2020 y SEGUROS BOLÍVAR fue notificada por conducta concluyente con auto notificado el 20 de mayo de 2021.

En consecuencia, en el remoto evento en que SEGUROS BOLÍVAR sea condenada a pagar la indemnización pactada en la póliza, los intereses moratorios deberán calcularse desde la fecha de notificación de la demanda, esto es, desde el 20 de mayo del 2021, fecha en la que el Despacho notificó a mi representada por conducta concluyente del Auto admisorio de la demanda.

Ello, con fundamento en el artículo 94 del Código General del Proceso que establece:

*“(…)*

***“La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.”*** (Se destaca)

En consecuencia, deberá desestimarse la petición de intereses formulada por la parte demandante.

## **8. EXCEPCIÓN GENÉRICA**

En los términos del artículo 282 del C.G.P. solicito al Despacho tener en cuenta cualquier otro medio exceptivo que resultare probado a lo largo del proceso.

## **IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, manifiesto que objeto la cuantía estimada bajo juramento por la parte demandante, no sólo porque los valores reclamados por los demandantes son improcedentes por no configurarse las circunstancias de cobertura a la luz del contrato de seguro, sino por cuanto:

1. Los demandantes reclaman la suma de \$818.060.900 por concepto de “capital”, la cual corresponde en estricto sentido al valor total del inmueble, y no a la porción del crédito adeudado a BANCO DAVIVIENDA<sup>23</sup>. El 27 de septiembre de 2016 el referido banco desembolsó al señor POVEDA (q.e.p.d.) la suma de \$443.659.000 bajo el producto leasing habitacional No. 6000323006423050 y

---

<sup>23</sup> El valor del inmueble consta en los documentos de solicitud del crédito aportados por Banco Davivienda S.A. con la contestación de la demanda.

según certificación expedida el 17 de noviembre de 2017 por el BANCO DAVIVIENDA, para dicha fecha el crédito leasing tenía un saldo pendiente por pagar en la suma de \$439.991.825. En consecuencia, es evidente que la suma reclamada en esta pretensión no tiene fundamento alguno.

2. Los demandantes reclaman la suma de \$13.007.168 por concepto de “intereses moratorios” desde el 6 de octubre de 2017, fecha de fallecimiento del asegurado. Esta petición es abiertamente improcedente pues para aquella época ni siquiera se había reclamado a mi mandante suma alguna.

Debe tenerse en cuenta que en los términos del numeral 3 del artículo 1608 del Código Civil el deudor está en mora cuando *“ha sido judicialmente reconvenido por el acreedor”*. En consecuencia, en el remoto evento en que SEGUROS BOLÍVAR sea condenada a pagar la indemnización pactada en la póliza, los intereses moratorios deberán calcularse desde la fecha de notificación de la demanda, esto es, desde el 20 de mayo del 2021, fecha en la que el Despacho notificó a mi representada por conducta concluyente del Auto admisorio de la demanda.

Ello, con fundamento en el artículo 94 del Código General del Proceso que establece:

“(…)

***“La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.”*** (Se destaca)

En ese sentido, la estimación no es razonada y no cumple con las exigencias del artículo 206 del Código General del Proceso.

En relación con los requisitos que debe cumplir el juramento estimatorio ha señalado la jurisprudencia, lo siguiente:

***“La precitada manifestación no satisface las exigencias que contempla el artículo 206 del C. G. del P., pues, más allá de un simple título (lucro cesante) y de una escueta explicación (“pérdida de ingresos como resultado directo e inmediato” de las conductas desleales), la demanda no ofrece una verdadera ilustración sobre la fuente y el alcance de los “perjuicios” cuya reparación se persigue, es decir, no indica si las sumas que allí se reclaman, obedecen a una disminución en las ventas en un periodo determinado, a la terminación vertiginosa de relaciones contractuales específicas, al rompimiento de negociaciones comerciales que potencialmente habrían permitido al actor obtener mayores ingresos, o a alguna otra circunstancia fáctica concreta, cuya ocurrencia sea imputable a su contraparte, información que resulta indispensable para que la parte opositora tenga la oportunidad no sólo de entender, sino también de objetar y desvirtuar, con bases sólidas (si a bien lo tiene), el reclamo indemnizatorio que se le formula.***

*Y es que, si se repara en la seriedad y trascendencia de los efectos procesales que el legislador le otorgó al juramento estimatorio (tanto en contra del demandante, como del demandado), es forzoso colegir, en salvaguarda del derecho de defensa de las partes, **que las exigencias de argumentación previstas para esa carga procesal sólo podrán tenerse por satisfechas en la medida en que haya completa claridad sobre la fuente, entidad y naturaleza del perjuicio que se reclama, así como respecto de la relación causa-efecto con el hecho imputado al opositor y las demás particularidades que estructuren la estimación**, pues de lo contrario, los litigantes no tendrían mayores luces sobre los fundamentos fácticos que deben controvertir, o demostrar, para obtener, del juramento, el efecto procesal que persiguen”.<sup>24</sup> (Se destaca).*

Al analizar lo expresado por la jurisprudencia a la luz de las sumas reclamadas por la parte demandante resulta evidente que el juramento estimatorio no cumple con las exigencias del artículo 206 del Código General del Proceso.

## V. PRUEBAS

Solicito se decreten y tengan como pruebas las siguientes:

### 1. Documentales

- 1.1. Poder con que actúo y que obra en el expediente.<sup>25</sup>
- 1.2. Certificado de existencia y representación legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que obra el expediente, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.<sup>26</sup>
- 1.3. Certificado de existencia y representación legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, que obra en el expediente.<sup>27</sup>
- 1.4. Solicitud de Seguro Unificada Productos Vida Protección y Hogar Protección suscrita el 1 de diciembre de 2015.
- 1.5. Declaración de Asegurabilidad suscrita el 1 de diciembre de 2015.
- 1.6. Póliza Vida Protección No. 5132031921001. Condiciones generales, condiciones particulares y anexos.
- 1.7. Reclamación presentada por la señora ALEJANDRA HENAO ante BANCO

---

<sup>24</sup> Tribunal Superior de Bogotá, Sala de Decisión Civil. M.P. Oscar Fernando Yaya Peña. Providencia del 23 de agosto de 2016. Radicado No. 11001319900120164511601.

<sup>25</sup> Documento obrante en el expediente digital en el PDF denominado “13 Notificación y solicitud documentos 30-07-2021”.

<sup>26</sup> Documento obrante en el expediente digital en el PDF denominado “13 Notificación y solicitud documentos 30-07-2021”.

<sup>27</sup> Documento obrante en el expediente digital en el PDF denominado “14 alcance memorial notificación y solicitud 30-07-2021”.

DAVIVIENDA S.A. y anexos, documentos remitidos a SEGUROS BOLÍVAR.

- 1.8. Historia clínica del señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.)
- 1.9. Comunicación DNI-SV-6889277 del 16 de diciembre de 2017 con la cual SEGUROS BOLÍVAR dio respuesta a la reclamación allegada por BANCO DAVIVIENDA S.A.
- 1.10. Certificación expedida el 17 de noviembre de 2017 por BANCO DAVIVIENDA S.A. sobre el saldo del crédito leasing No. 06000323006423050.
- 1.11. Los documentos allegados al expediente por el demandante.

## **2. Interrogatorio de parte**

Solicito se decrete la práctica del interrogatorio de parte de las demandantes ALEJANDRA HENAO ARENAS y ANA MARÍA POVEDA HENAO para que absuelvan el cuestionario que verbalmente les formularé en la audiencia señalada para el efecto, o que en sobre cerrado allegaré en la oportunidad procesal correspondiente.

## **VI. ANEXOS**

1. Solicitud de Seguro Unificada Productos Vida Protección y Hogar Protección suscrita el 1 de diciembre de 2015.
2. Declaración de Asegurabilidad suscrita el 1 de diciembre de 2015.
3. Póliza Vida Protección No. 5132031921001. Condiciones generales, condiciones particulares y anexos.
4. Reclamación presentada por la señora ALEJANDRA HENAO ante BANCO DAVIVIENDA S.A. y anexos, documentos remitidos a SEGUROS BOLÍVAR.
5. Historia clínica del señor CESAR AUGUSTO POVEDA SUAREZ (q.e.p.d.)
6. Comunicación DNI-SV-6889277 del 16 de diciembre de 2017 con la cual SEGUROS BOLÍVAR dio respuesta a la reclamación allegada por BANCO DAVIVIENDA S.A.
7. Certificación expedida el 17 de noviembre de 2017 por BANCO DAVIVIENDA S.A. sobre el saldo del crédito leasing No. 06000323006423050.

## VII. NOTIFICACIONES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. recibe notificaciones en la Av. El Dorado #68B-31 en la ciudad de Bogotá.

La suscrita apoderada en la Carrera 7 No. 71-52 Torre A Oficina 706, teléfono 3257300 de Bogotá, o en la secretaría de su Despacho, y en los correos electrónicos:

[victoria.vargas@phrlegal.com](mailto:victoria.vargas@phrlegal.com)  
[carolina.posada@phrlegal.com](mailto:carolina.posada@phrlegal.com);

Señora Juez, atentamente.



**DIANA VICTORIA VARGAS MOLINA**  
C.C. No. 1.032.378.486 de Bogotá  
T.P. No. 183.588 del C.S. de la J.