

Juzgado 19 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.

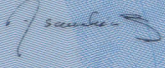
De: Leidy Ariza <juanfetiari@gmail.com>
Enviado el: martes, 14 de diciembre de 2021 11:47 a. m.
Para: Juzgado 19 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.; jjcobranzasyabogados@gmail.com
Asunto: CONTESTACION DE DEMANDA EJECUTIVO 2021-01074 DEMANDANTE:
BANCOLOMBIA DEMANDADA LEIDY ZULIETH ARIZA GAMBA
Datos adjuntos: CONTESTACION J19CM EJECUTIVO 2021 1074 BvsLZAG.pdf; Pagaré Bancolombia.pdf;
CEDULA Y TARJETA PROFESIONAL.pdf

Señor
JUEZ DIECINUEVE CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ
E. S. D.

Ref.: EJECUTIVO 11001 40 03 019 2021 01074 00
DEMANDANTE: BANCOLOMBIA.-
DEMANDADA: LEIDY ZULIETH ARIZA GAMBA.-
CONTESTACIÓN DE DEMANDA

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO


NOMBRES:
LEIDY ZULIETH
APELLIDOS:
ARIZA GAMBA

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
PEDRO ALONSO SANABRIA BUITRAGO


UNIVERSIDAD:
INCCA DE COLOMBIA
FECHA DE GRADO:
29 ago 2013
CONSEJO SECCIONAL:
BOGOTA

CEDULA:
1.019.019.123
FECHA DE EXPEDICION:
19 sep 2013
TARJETA N°:
233728

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.**

**SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.**

Consecutivo Asesor: 54945

Número de solicitud: 0000000000048192599

CLIENTE: LEIDY ZULIETH ARIZA SUCURSAL: CENTRO SUBA TIPO DE PLAN: <u>P48</u> DESTINO ECONÓMICO: <u>OTROS</u> MODALIDAD INTERÉS: <u>Vencido</u> % TASA VARIABLE: <u>0.0000</u> PERÍODO DE GRACIA: <u>No tiene</u> FECHA SOLICITUD: <u>09 de Octubre de 2019</u>	ANEXO DE OPERACIÓN ACTIVA C.C. O NIT: <u>1.019.019.123</u> VALOR: <u>\$58.000.000.00</u> TIPO OPERACIÓN: <u>OPE. ESPECIF. CARTER</u> FRECUENCIA PAGO CAPITAL: <u>Mensual</u> DESTINACIÓN PRÉSTAMO: <u>Ninguno</u> CÓDIGO TASA VARIABLE: <u>-</u> TASA INTERÉS EFECTIVA HOY: <u>16.4084 %</u> F. VENCIMIENTO: <u>09 de Octubre de 2024</u>	PLAZO: <u>60</u> CLASIFICACIÓN DE LA CARTERA: <u>Préstamo de Consumo</u> FRECUENCIA PAGO INTERÉS: <u>Mensual</u> TASA INTERÉS NOMINAL HOY: <u>15.2900 %</u> PUNTOS ADICIONALES: <u>+ 0.000</u> TASA DE INTERÉS DE MORA A HOY: <u>25.1900 %</u> CLASE DE GARANTÍA: <u>Garantía Personal</u>
--	--	---

CALIFICACIÓN (SOLO PARA REESTRUCTURACIONES)

ACTUAL (Antes de Reestructuración): _____ REESTRUCTURADA: _____

SÓLO PARA CRÉDITOS DE REDESCUENTO

CÓDIGO BANCO DE REDESCUENTO: <u>Tasa Interés a cobrar al cliente</u> TASA INTERÉS: TASA REDESC () PUNTOS ()	MARGEN DE REDESCUENTO: % <u>Tasa cobrada por Entidad Redescuento al Banco</u> TASA REDESCUENTO: PUNTOS <u>Tasa cobrada por Ent de Red en cred tasa fija</u> TASA REDESCUENTO (EA) %
---	---

Autorizo a BANCOLOMBIA para que al momento del desembolso exprese en términos efectivos, la equivalencia de la tasa de redescuento puntos , que reconoceré durante la vigencia del crédito.

COMISIONES Y RECARGOS _____ OTRAS CONDICIONES (SEGUROS) _____

CONDICIONES DE PREPAGO: El cliente podrá realizar pagos anticipados de su obligación, en los términos establecidos en la ley 1555 de 2012, así como en las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan, sin incurrir en ningún tipo de penalización. En este evento, el cliente podrá decidir si el(los) pago(s) anticipado(s) que realice se abonará(n) a capital con disminución del plazo inicialmente pactado o con disminución del valor de la cuota de la(s) respectiva(s) obligación(es). Para estos efectos, deberá informar su decisión al Banco, a más tardar dentro de los 15 días hábiles, siguientes a la fecha de él(los) pago(s) anticipado(s). Si transcurrido este plazo el cliente no indica cómo aplicar el(los) pago(s) anticipado(s), el Banco lo(s) abonará a capital con disminución del plazo.

DERECHOS DE LA ENTIDAD ACREEDORA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL DEUDOR:

El incumplimiento o retardo en el pago de una cualquiera de las cuotas de amortización a capital o de los intereses, dará lugar a que el acreedor declare vencida la obligación y exija el pago de la totalidad de la deuda. Igualmente, es entendido que el Banco podrá exigir el cumplimiento de la obligación contenida en el pagaré en los siguientes casos: 1. Si los bienes de cualquiera de los suscriptores son embargados o perseguidos por cualquier persona en ejercicio de cualquier acción, de tal manera que a juicio del Banco pueda afectarse el cumplimiento de las obligaciones a cargo del deudor. 2. Por muerte de cualquiera de los suscriptores, tratándose de personas naturales, o disolución o liquidación, tratándose de personas jurídicas. 3. Si los bienes dados en garantía se demeritan, dejan de ser garantía suficiente por cualquier causa o son gravados, enajenados en todo o en parte sin previo aviso por escrito al Banco. 4. Por el cambio en la situación de control de cualquiera de los suscriptores, tratándose de sociedades, conforme a lo previsto en la ley colombiana, salvo consentimiento previo del Banco. 5. Si cualquiera de los suscriptores incumple en el pago de cualquier obligación adquirida con el Banco. 6. Si cualquiera de los suscriptores celebra transacciones con sus matrices o con las subordinadas de estas o con las subordinadas de los suscriptores, por fuera del giro ordinario de los negocios, o a un valor que no corresponde al de mercado, o en condiciones menos favorables de aquellas que se pudiesen obtener con terceros no



Consecutivo Asesor: 54945

Número de solicitud: 0000000000048192599

vinculados. 7. Cuando cualquiera de los suscriptores, sus administradores, sus asociados directos e indirectos con una participación mayor o igual al 5% en el capital social, sus subordinadas, o cualquier tercero actuando en nombre de los suscriptores, llegare a ser: i) condenado por el delito de lavado de activos, los delitos fuente de éste, incluidos los delitos contra la administración pública o el delito de financiación del terrorismo o administración de recursos relacionados con actividades terroristas, ii) sancionado administrativamente por violaciones a cualquier norma anticorrupción, iii) incluido en listas administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera para el control de lavado de activos y/o financiación del terrorismo y/o corrupción en cualquiera de sus modalidades o, iv) vinculado a cualquier tipo de investigación, proceso judicial o administrativo, adelantado por las autoridades competentes del orden nacional o extranjero, por la presunta comisión de delitos o infracciones relacionadas con el lavado de activos, delitos fuente de lavado de activos, incluidos delitos contra la administración pública y/o financiación del terrorismo o administración de recursos relacionados con actividades terroristas. 8. En los demás casos consagrados en los documentos de deuda.

El Banco queda autorizado para debitar todas las sumas de dinero adeudadas, tales como capital, intereses, impuestos, comisiones, seguros, costos y gastos de la cobranza prejudicial y judicial, etc., de la cuenta corriente, de la cuenta de ahorros, de cualquier depósito o suma de dinero que exista a nuestro nombre o a nombre de alguno de nosotros en cualesquiera de sus oficinas en el país.

DERECHOS DEL DEUDOR:

El deudor tendrá derecho a solicitarle al Banco la última calificación y clasificación de riesgo que se le ha asignado junto con los fundamentos que la justifican.

AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

AUTORIZAMOS PARA QUE EL PRODUCTO NETO DEL DESEMBOLSO SEA ACREDITADO A:

CUENTA DE AHORROS

N° 19800020126

\$

57,930,400.00

Está entendido que, en la documentación o registro de esta esta operación por parte del Banco, puedan darse diferencias en sus plazos y frecuencias de pago finales con la relación a las expresadas, las cuales, no obstante, conservarán los propósitos de la misma.

AUTORIZAMOS A BANCOLOMBIA PARA QUE EL VALOR DE LAS CUOTAS CORRESPONDIENTES A LA OBLIGACIÓN CONTRAIDA A MI NOMBRE, SEA DEBITADO DE LA CUENTA AHORROS N° 19800020126, EN LAS FECHAS PACTADAS, DE ACUERDO CON EL PLAN DE PAGOS.

Tengo conocimiento que en la cuenta mencionada debe existir la suficiente provisión de fondos para realizar el débito, de lo contrario el pago será abonado por el monto disponible y la obligación entrará en mora por el saldo restante.

En caso que por motivo voluntario o involuntario, el número de mi cuenta deba cambiarse, esta autorización continuará siendo válida para el efecto que se ha expedido.

En el evento en que no existan recursos suficientes en dicha cuenta, EL BANCO podrá debitar cualquier otra cuenta o depósito que posea en EL BANCO.

Imputación de Pagos: El pago de cualquier cantidad de dinero que el cliente haga a EL BANCO en razón de créditos otorgados, tendrá el siguiente orden de imputación, a menos que las partes acuerden algo diferente: 1. A los gastos de la cobranza prejudicial y/o judicial cuando a ello hubiere lugar, comisiones y otros gastos a su cargo. 2. A intereses de mora causados. 3. Primas de seguro y mora de dichas primas. 4. Comisiones de fondos de garantías y gastos asociados. 5. Intereses remuneratorios y Capital de las cuotas en orden de antigüedad. 6. A obligaciones no vencidas. Si el cliente tuviere varias obligaciones, la imputación se efectuará primero a la obligación más antigua y luego a la más reciente.

FIRMAS:

EL DEUDOR (PRESTAMISTA)

Firma:

Nombre:

LEIDY ZULIETH ARIZA

Cédula o Nit:

1,019,019,123

Rte Legal:

N/A

CC Rte Legal:

N/A



Consecutivo Asesor: 54945

Número de solicitud: 0000000000048192599

"Certificamos que con base en información reciente hemos revisado la situación financiera y Comercial de la empresa, habiéndola encontrado satisfactoria. En consecuencia autorizamos el presente desembolso".

FIRMA DEL GERENTE
Nombre: _____
C.C.: _____

NOTA: ESTE FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO Y ENTREGADO AL CLIENTE ANTES DE FORMALIZAR LA OPERACIÓN Y CONSERVARLO COMO CONSTANCIA EN LA CARPETA CORRESPONDIENTE.



Consecutivo Asesor: 54945

Número de solicitud: 0000000000048192599

Pagaré N° _____ Por \$ _____ al _____ %

Nosotros, LEIDY ZULIETH ARIZA

En virtud de este pagaré, prometemos pagar solidaria e incondicionalmente el día ____ del mes de _____ de _____ a la orden de **BANCOLOMBIA S.A.**, o a quien represente sus derechos, en sus oficinas de _____ la suma de _____

recibido del Banco, (\$ más la) moneda legal, que hemos de

_____ (\$) que a la fecha

le adeudamos por concepto de intereses.

En caso de mora pagaremos, por cada día de retardo, intereses liquidados a la tasa del _____ por ciento (_____ %) anual o la tasa máxima legal permitida. Sobre los intereses se pagará dicha tasa, en los casos autorizados por la ley.

El incumplimiento o retardo en el pago de una cualquiera de las cuotas de amortización a capital o de los intereses, dará lugar a que el Banco declare vencida la obligación y exija el pago de la totalidad de la deuda. Igualmente, es entendido que el Banco podrá exigir el cumplimiento de la obligación contenida en el presente pagaré, en los siguientes casos: 1- Si los bienes de cualquiera de los suscriptores son embargados o perseguidos por cualquier persona en ejercicio de cualquier acción, de tal manera que a juicio del Banco pueda afectarse el cumplimiento de las obligaciones a cargo del deudor. 2- Por muerte de cualquiera de los suscriptores, tratándose de personas naturales, o disolución o liquidación, tratándose de personas jurídicas. 3- Si los bienes dados en garantía se demeritan, dejan de ser garantía suficiente por cualquier causa o son gravados, enajenados en todo o en parte sin previo aviso por escrito al Banco. 4- Por el cambio en la situación de control de cualquiera de los suscriptores, tratándose de sociedades, conforme a lo previsto en la ley colombiana, salvo consentimiento previo del Banco. 5- Si cualquiera de los suscriptores incumple en el pago de cualquier obligación adquirida con el Banco. 6- Si cualquiera de los suscriptores celebra transacciones con sus matrices o con las subordinadas de estas o con las subordinadas de los suscriptores, por fuera del giro ordinario de los negocios, o a un valor que no corresponde al de mercado, o en condiciones menos favorables de aquellas que se pudiesen obtener con terceros no vinculados. 7- Cuando cualquiera de los suscriptores, sus administradores, sus asociados directos e indirectos con una participación mayor o igual al 5% en el capital social, sus subordinadas, o cualquier tercero actuando en nombre de los suscriptores, llegare a ser: i) condenado por el delito de lavado de activos, los delitos fuente de éste, incluidos los delitos contra la administración pública o el delito de financiación del terrorismo o administración de recursos relacionados con actividades terroristas, ii) sancionado administrativamente por violaciones a cualquier norma anticorrupción, iii) incluido en listas administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera para el control de lavado de activos y/o financiación del terrorismo y/o corrupción en cualquiera de sus modalidades o, iv) vinculado a cualquier tipo de investigación, proceso judicial o administrativo, adelantado por las autoridades competentes del orden nacional o extranjero, por la presunta comisión de delitos o infracciones relacionadas con el lavado de activos, delitos fuente de lavado de activos, incluidos delitos contra la administración pública y/o financiación del terrorismo o administración de recursos relacionados con actividades terroristas.

En caso de que en el futuro la tasa de interés corriente y/o moratoria pactada, sobrepasare los topes máximos permitidos por las disposiciones legales, dichas tasas serán ajustadas hasta el máximo permitido, bajo el entendido que, cuando EL BANCO esté nuevamente autorizado para cobrar una tasa de interés más alta, ésta será la que continuará devengando el presente pagaré, sin exceder el límite pactado.

Todos los pagos derivados del crédito instrumentado en el presente pagaré, serán efectuados libres de gravámenes, impuestos o tasas de cualquier naturaleza u origen establecidos por cualquier autoridad y sin ningún tipo de reducción, deducción, retención o descuento, los cuales serán asumidos por el (los) deudor (es), en el evento de que se causen.

Nuestra responsabilidad solidaria e incondicional se extiende a todas las prórrogas, renovaciones o ampliaciones del plazo, que EL BANCO otorgue a cualesquiera de nosotros y durante las cuales continuará sin modificación alguna nuestra obligación de solucionar solidaria e incondicionalmente las deudas aquí contenidas, las cuales aceptamos expresamente desde la fecha.

Los abonos parciales y/o pago de intereses que se hagan a este pagaré, los registrará EL BANCO en otros documentos, ya sean manuales o sistematizados.

Suscribimos este pagaré en BOGOTÁ D.C. el día 09 del mes de Octubre de 2019 fecha en la cual lo hemos entregado al Banco para hacerlo negociable.



L 0000001980100014 001

Consecutivo Asesor: 54945

Número de solicitud: 0000000000048192599

CLIENTE

Firma:	
Nombre:	<u>LEIDY ZULIETH ARIZA</u>
Cédula o Nit:	<u>1.019.019.123</u>
Rte Legal:	<u>N/A</u>
CC Rte Legal:	<u>N/A</u>

Nota: En caso de requerir más firmas, hacerlo a continuación de este texto, utilizando la misma información anterior.



L 0000001980100014 004

SOLICITUD NRO. 0000000000048192599

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRE INVERSIÓN
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Y BENEFICIARIO ONEROSO HASTA EL SALDO DE LA DEUDA

NIT 890.903.938-8	Razón Social BANCOLOMBIA S.A.	Número de Obligación 1980100014	Edad 32
----------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------

DATOS PERSONALES

Tipo de Identificación ☐ CC ☐ CE ☐ CD ☐ PA		Número de identificación 1.019.019.123	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego apellidos) LEIDY ZULIETH ARIZA	
Sexo ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA 27/09/1987	Ciudad Residencia	Departamento Residencia	
Dirección Residencia		Teléfono Residencia (sin indicativo)		Valor del Crédito \$ 58,000,000.00
¿El cliente toma valor asegurado adicional? SI ☐ NO ☒ Cuanto \$0.00				

DATOS DE BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOC. DE IDENTIDAD	%	PARENTESCO	TELÉFONO

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Le solicitamos contestar en su totalidad, no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendaduras sírvase validarlas con su firma.

- a. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol (tratado con medicamentos), triglicéridos (tratados con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar (EPOC), bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, sida o VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, diabetes, pancreatitis, hepatitis b o c, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, colitis, hipertiroidismo, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, hernia de columna, pérdida funcional o anatómica. Sufre de alguna otra enfermedad(es) o consume drogas estimulantes, ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse en labores propias de su ocupación? ☐ SI ☐ No
Cuál? _____
- b. Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? ☐ SI ☐ No

SÍRVASE AMPLIAR A CONTINUACIÓN LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

Nombre del Médico Tratante	Nombre de la institución médica	Fecha de la Consulta DDMMAAAA	Causa (Accidente o Enfermedad)



L 0000001980100014 004

SOLICITUD NRO. 0000000000048192599

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRE INVERSIÓN
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Y BENEFICIARIO ONEROSO HASTA EL SALDO DE LA DEUDA

NIT 890.903.938-8	Razón Social BANCOLOMBIA S.A.	Número de Obligación 1980100014	Edad 32
----------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------

DATOS PERSONALES

Tipo de Identificación ☐ CC ☐ CE ☐ CD ☐ PA	Número de identificación 1,019,019,123	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego apellidos) LEIDY ZULIETH ARIZA
---	---	---

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

El valor asegurado podrá ser igual al monto desembolsado del crédito y permanecer constante durante toda la vigencia del mismo o el saldo insoluto de la deuda. Esto según la línea de financiación. Puede conocer el valor asegurado para cada línea en la página web del Grupo Bancolombia (www.grupobancolombia.com), en la sección correspondiente a productos de seguros asociados a la deuda: vida crédito persona natural.

Las condiciones particulares de la póliza de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRE INVERSIÓN están a su disposición en la página web del Grupo Bancolombia (www.grupobancolombia.com) en la sección correspondiente a los productos de seguros.

Certifico que soy consciente y estoy de acuerdo con todas las condiciones del presente seguro y que en caso de no aceptarlas puedo entregar a el Banco un seguro que cumpla con los requisitos exigidos por éste para el otorgamiento del crédito.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información, para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 8000518888. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

LA NO VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO, O EL NO DILIGENCIAMIENTO DEL MISMO EN SU TOTALIDAD, PRODUCIRÁ LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y POR LO TANTO LA NO INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO. LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. HASTA TANTO LA COMPAÑÍA SE MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO.

Certifico que el asesor me explicó la prima, el valor asegurado, las coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro

Firma del Asegurado

Número de Identificación Asegurado

Fecha de Diligenciamiento
DDMMAAAA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA.: Pasaporte

SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO DE DESEMPLEO CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD TEMPORAL Y ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
EMPLEADO PROTEGIDO - INDEPENDIENTE PROTEGIDO
NÚMERO DE SOLICITUD: Corresponderá Para créditos de Libranza y Créditos de Consumo: Código Producto Cardif + Número del Crédito.

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE PARA ASALARIADOS		Coberturas que Aplican	
		DESEMPLEO	ENFERMEDADES GRAVES
☒ Contrato como empleado directo de una compañía a término definido o indefinido.		☒	
☒ Vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor o prestación de servicios.		☒	
☒ Personas con cargos en carrera administrativa.		☒	
☒ Aplica solamente para el primer diagnóstico de cualquiera de las siguientes 7 enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos Mayores, y Esclerosis Múltiple, siempre y cuando este diagnóstico sea posterior al inicio de la cobertura de este amparo.			☒

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO (VERIFIQUE EL PLAN CONTRATADO)			
DESCRIPCIÓN	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	CRÉDITO DE LIBRANZA	ENFERMEDADES GRAVES
Sumas y Límites Asegurados	Seis (6) cuotas mensuales de hasta un millón doscientos mil pesos m/cte (\$1.200.000)	Doce (12) cuotas mensuales de hasta un millón doscientos mil pesos m/cte (\$1.200.000)	
	Seis (6) cuotas mensuales de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000)	Doce (12) cuotas mensuales de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000)	
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza.	Se reconoce un evento por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de los 7 eventos cubiertos.	
Periodo activo mínimo "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización"	Se establece un periodo activo mínimo de 6 meses.	No se establece periodo activo mínimo.	
Periodo de carencia "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días		90 días
Periodo de espera	No se establece periodo de espera alguno		
Edad mínima de ingreso	18 años		
Edad máxima de ingreso	63 años + 364 días		
Edad máxima de permanencia	64 años + 364 días		

INTERÉS ASEGURABLE PARA INDEPENDIENTES		Coberturas que Aplican		
		INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES	MUERTE ACCIDENTAL
☒ Trabajador independiente sin contrato como empleado directo con alguna empresa.		☒		
☒ Pensionados, Rentistas de capital, Comerciantes.		☒		
☒ Amas de casa, Artista, Estudiantes, Socio, Consultores.		☒		
☒ Aplica solamente para el primer diagnóstico de cualquiera de las siguientes 7 enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos Mayores, y Esclerosis Múltiple, siempre y cuando este diagnóstico sea posterior al inicio de la cobertura de este amparo.			☒	
☒ Aplica si usted tiene entre 18 años y 64 años + 364 días de edad, la causa de la muerte es accidental y el accidente se presenta después de la contratación de la póliza.				☒

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO (VERIFIQUE EL PLAN CONTRATADO)			
DESCRIPCIÓN	INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES	MUERTE ACCIDENTAL
Sumas y Límites Asegurados	De 20-110 días calendario de incapacidad certificados, tres (3) cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de remanente se reconoce al asegurado. De 110 días calendario de incapacidad certificados en adelante, seis (6) cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de existir remanente se paga directamente al asegurado.	Doce (12) cuotas mensuales hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000)	Seis (6) Cuotas de hasta \$4.000.000
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza.	Se reconoce un evento por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de los 7 eventos cubiertos.	Se reconoce un único evento
Periodo activo mínimo "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización"	No se establece periodo activo mínimo.		
Periodo de carencia "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	90 días	No se establece periodo de carencia
Periodo de espera	20 días	No se establece periodo de espera	
Edad mínima de ingreso	18 años		
Edad máxima de ingreso	63 años + 364 días		
Edad máxima de permanencia	64 años + 364 días		

ACTORES DEL SEGURO

TOMADOR	ASEGURADORA	ASEGURADO
Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. EL ASEGURADO	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NIT 900.200.435-3.	En este seguro es el cliente de BANCOLOMBIA S.A. Identificado en esta solicitud.

BENEFICIARIOS

Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.

ASALARIADO

Para la cobertura de Desempleo y Enfermedades Graves: En los casos en los que NO se efectúen pagos anticipados totales del producto financiero, y mientras el crédito continúe vigente, el beneficiario será BANCOLOMBIA S.A. En los casos en los que, SI se efectúen pagos anticipados totales del crédito, y por ende dicho crédito NO continúe vigente, el beneficiario será EL ASEGURADO.

INDEPENDIENTE

Para la cobertura de Incapacidad Temporal: Por incapacidades entre 20 - 110 días: BANCOLOMBIA S.A. y en caso de existir remanente EL ASEGURADO.

Por incapacidades mayores a 110 días: BANCOLOMBIA S.A. y en caso de existir remanente EL ASEGURADO.

Para la cobertura de Enfermedades Graves: BANCOLOMBIA S.A. y en caso de existir remanente el asegurado.

Para la cobertura de Muerte Accidental: Los beneficiarios designados o los de ley.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos		No. de Identificación		Fecha de Nacimiento	Sexo M ☐ F ☐	Lugar de Nacimiento
Tipo de Identificación ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.S.	Nacionalidad	Dirección de Residencia	Ciudad	Departamento		
País de Residencia		Teléfono		E-mail		
Actividad Económica del asegurado Independiente ☐ Empleado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐ Otro ☐ Cual?						

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

Asalariados		Independientes	
Prima para Asalariados Libranza y Consumo		Prima para Independiente Consumo	
Tasa mensual sin IVA	0.2360%	Tasa mensual sin IVA	0.2808%
IVA 19%	0.0448%	IVA 19%	0%
Tasa mensual mas IVA	0.2808%	Tasa mensual mas IVA	0.2808%
Póliza para Asalariado e Independiente Asociado a Crédito de Libranza / Crédito de Consumo			
Valor del Crédito		Plazo del Crédito	
Número de Crédito			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.
EL TRATAMIENTO DE LAS PRÓRROGAS DEL CRÉDITO DE LIBRANZA QUE SUPEREN LOS 60 DÍAS (ACUMULADOS Y/O CONSECUTIVOS) SERÁ IGUAL AL DE LA MORA DEFINIDA EN EL PRESENTE NUMERAL.

SG-M278924-ILL-201807V1 SAP 8003385

COPIA - CLIENTE

TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar y/o no renovar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** su solicitud de revocación.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** En este caso se remitirá un documento escrito dirigido a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha del envío
6. Muerte del asegurado.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de revocación del seguro.

DECLARACIONES

- Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCOLOMBIA S.A.** conozco y acepto las condiciones del presente seguro.
- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 63 años y 364 días. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas.
- Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgará la cobertura inicialmente contratada.
- Declaro que no he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple y no me han practicado Cirugía de Bypass Coronario ni Trasplantes de Órganos Mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula biliar o páncreas). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido. Tipo de enfermedad:

IMPORTANTE

ASALARIADOS

La presente póliza hace parte de las condiciones depositadas en la Superfinanciera identificadas con los Códigos de Condicionado: 01/08/2018-1344-P-24-800CARDIF827BCOL-0R00, 01/08/2018-1344-P-24-800CARDIF828BCOL-0R00 y Código de Nota Técnica: 22/03/2018-1344-NT-P-24-22031824PDES0002, 22/03/2018-1344-NT-A-24-22031824PEGS0001, 22/03/2018-1344-NT-A-24-22031824PCAM0001.

INDEPENDIENTES

La presente póliza hace parte de las condiciones depositadas en la Superfinanciera identificadas con los Códigos de Condicionado: 01/08/2018-1344-P-31-800CARDIF829BCOL-0R00 y Código de Nota Técnica: 22/03/2018-1344-NT-A-31-22031831PIT0001, 22/03/2018-1344-NT-A-31-22031831PEGS0001, 22/03/2018-1344-NT-P-31-22031831PMAC0001.

AUTORIZACIONES

- a. Autorizo expresamente para los fines de la contratación del seguro a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y al Tomador para efectuar todo tratamiento de mi información personal, necesario para el cumplimiento de los deberes legales y contractuales de las partes pudiendo, compartir información del asegurado con el Tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte a fin, complementada o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior. Autorizo transferir y transmitir mis datos personales con terceros a nivel Nacional e internacional. Esa transferencia o transmisión se presentará cuando sea necesaria en el presente seguro. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, siempre que los mismos resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro; conozco que la revelación de estos datos sensibles es facultativa. Conozco que me asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia.
Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página web www.bancoparibancardif.com.co/entice/Privacidad.
- b. Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- c. Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro.
- d. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.
- e. Autorizo a **BANCOLOMBIA S.A.** a efectuar el recado de la prima de Seguro de libranza y/o consumo, la cual se encontrará incluida en la cuota mensual del crédito. Así mismo, y una vez efectuado el recado de la prima, autorizo a **BANCOLOMBIA S.A.** para que efectúe directamente el pago de la misma a la Compañía de Seguros.
- f. Autorizo a **BANCOLOMBIA S.A.** para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- g. Autorizo a **BANCOLOMBIA S.A.** para que en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- h. Autorizo a que mi información relacionada con el salario y que repose en el formulario y documentos suministrados al **BANCOLOMBIA S.A.** pueda ser compartida por dicha entidad con **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales, queja o reclamo por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.

	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	BARRANQUILLA	BUCARAMANGA	A NIVEL NACIONAL
	(1) 7455553	(2) 4850809	(4) 6040027	(5) 3851828	(7) 6971129	018000-960011
	Para conocer el proceso en caso de un siniestro, comuníquese con las líneas locales de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional 018000-960011.					
	De conformidad con lo establecido en el Artículo 1048 del Código de Comercio, usted tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. En caso de requerirlo, por favor comunicarse con las líneas locales de atención al cliente en cada ciudad y/o a nivel nacional 018000-960011.					
	Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Correo electrónico: defensoriacardif@ustanzabogados.com Teléfono: 6108161 - 6108164 Cra 11 # 96 -51 of 203. Horario de atención: 8:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua.					

CONDICIONES DEL SEGURO

La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:

- Líneas locales de atención al cliente de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** en cada ciudad o al 018000960011 a nivel nacional.
- Oficina del **BANCOLOMBIA S.A.** en donde adquirió su seguro.
- A través de la página y/o link indicado a continuación y/o código QR señalado en la presente solicitud de seguro a través de cualquier dispositivo móvil.

Para Asalariados:
<https://condicionadosweb.cardif.com.co:9443/8278924201806>



Para Independientes:
<https://condicionadosweb.cardif.com.co:9443/8278931201806>



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Declaro que antes de aceptar la suscripción de este seguro el asesor del Banco identificado en este documento, me informo que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explico los siguientes aspectos relevantes del mismo: I) La importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, la edad y las consecuencias de entregar información inexacta II) Las coberturas de la póliza, el valor asegurado por cada una de ellas, la vigencia del seguro y el precio que debo pagar por estar asegurado III) Amparos y exclusiones IV) Los canales y medios que puedo utilizar en caso de requerir información adicional del seguro o de requerir efectuar cualquier reclamación V) Toda la información contenida en este documento, fue suministrada a título personal y estoy de acuerdo con todos los datos incluidos en la misma

Firma del Asegurado
No de Documento:

Firma Autorizada **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**
Nit: 900.200.435-3

Firma del Asesor
Código del Asesor:
Código de referido:

Señor

JUEZ DIECINUEVE CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

E.

S.

D.

Ref.: EJECUTIVO 11001 40 03 **019 2021 01074** 00

DEMANDANTE: BANCOLOMBIA.-

DEMANDADA: LEIDY ZULIETH ARIZA GAMBA.-

CONTESTACIÓN DE DEMANDA

LEIDY ZULIETH ARIZA GAMBA, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía Número 1.019.019.123 expedida en Bogotá, y titular de la Tarjeta Profesional Número 233.728 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre propio, en mi calidad de demanda, dentro del proceso de la referencia, respetuosamente acudo ante su Despacho para dar contestación en término a la demanda impetrada. -

A L O S H E C H O S

PRIMERO: No es cierto, se presentó solicitud de crédito el día 09 de Octubre de 2019, valor aprobado de \$58.000.000.00 y para valer se suscribió **PAGARE NUMERO 1980100014** el día 16 de Octubre de 2019, desembolso efectuado el día 17 de Octubre de 2.019 y no como se indica en este hecho.-

SEGUNDO: No es cierto, en cuanto a lo obligación o crédito a cargo se recalca a su Despacho que la obligación de la cual se endilga no corresponde al número de Pagare suscrito por la demandada, ya que el pagare suscrito es el **1980100014** el día 16 de Octubre de 2019.-

TERCERO: El pagare del cual se refiere en este hecho no es el que la suscrita firmo y se obligó a pagar.-

CUARTO: Que se pruebe, en cuanto a manifestaciones anteriores y el desconocimiento del pagare el cual se pretende su recaudo.-

QUINTO: Que se pruebe.-

SEXTO: Que se pruebe, como se recalca el número del pagare al cual hace referencia la demanda no ha sido suscrito por la demandada.-

SÉPTIMO: Es de ley.-

OCTAVO: Es de ley, y de público conocimiento.-

A L A S P R E T E N S I O N E S

Me opongo a cada una de las pretensiones invocadas por la parte ejecutante en cuanto no resulten probadas.-

En concordancia con lo anterior me permito referirme a cada una de las pretensiones de la actora así:

PRIMERA: Me opongo a la pretensión en razón a que el pagare mencionado y base de la ejecución no corresponde al suscrito por la demandada.-

SEGUNDA: Me opongo, en cuanto no hay oposición frente a las pretensiones de la demanda.-

E X C E P C I O N E S

Respetuosamente e me permito interponer a su Despacho:

NÚMERO DE TITULO VALOR RELACIONADO EN LOS HECHOS Y DEL CUAL SE SOLICITO MANDAMIENTO DE PAGO Y SE CONSTITUYO BASE DE LA EJECUCIÓN NO CORRESPONDIENTE AL SUSCRITO, solicito a su Despacho se sirva despachar favorablemente la excepción denominada, en razón a que como se ha indicado en el escrito de la demanda que no corresponde al suscrito, en solicitud de crédito el día 09 de Octubre de 2019, valor aprobado de \$58.000.000.00 y para valer se suscribió **PAGARE NUMERO 1980100014** el día 16 de Octubre de 2019, desembolso efectuado el día 17 de Octubre de 2.019, el cual me permito anexar y que sirva como prueba para despachar favorablemente la excepción propuesta.-

P R U E B A S

Ruego a Usted Señor Juez, se sirva decretar y practicar

DOCUMENTAL

Las aportadas con la demanda en cuanto sean pertinentes conducentes y útiles para la acción que se tramita:

1.-Solicitud de crédito el día 09 de Octubre de 2019, valor aprobado de \$58.000.000.00 y para valer se suscribió **PAGARE NUMERO 1980100014** el día 16 de Octubre de 2019, desembolso efectuado el día 17 de Octubre de 2.019, junto con sus anexos.-

INTERROGATORIO DE PARTE: Se sirva fijar fecha y hora para llevar acabo interrogatorio de parte al representante legal o quien haga sus veces, y cuya dirección de notificación se encuentra en el escrito de la demanda y que versara sobre los hechos de la demanda y su contestación.-

DE OFICIO: Las que considere pertinentes el Señor Juez para el esclarecimiento de la acción que nos ocupa.-

NOTIFICACIONES

Serán recibidas así:

Demandante y demandado en Impugnación en la dirección aportada con la demanda. -

Demandada **LEIDY ZULIETH ARIZA GAMBA** en la ciudad de Bogotá, Carrera 93 "A"
No. 130-18, correo electrónico juanfetiari@gmail.com .-

Sírvase imprimirle el trámite de ley.-

Del Señor Juez,



LEIDY ZULIETH ARIZA GAMBA.-

C.C. No. 1.019.019.123 de Bogotá.

T.P. No. 233.728 del Consejo Superior de la Judicatura

Correo electrónico juanfetiari@gmail.com

Celular 310 212 92 49 - 350 7631431