

RV: CONTESTACION DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA // //MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA // RADICADO: 76147-33-33-002-2022-00235-00 // DEMANDANTES: LUZ ADRIANA VILLA GONZALEZ Y OTROS // DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA...

Juzgado 02 Administrativo - Valle Del Cauca - Cartago

<j02advocartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 08/09/2022 16:54

Para: Juzgado 04 Administrativo Sin Sección - Oral - Valle del Cauca - Cartago

<j04admcartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: RESPONSABILIDAD MEDICAHUV <responsabilidadmedicahuv@gmail.com>

Cordial saludo,

Por medio del presente me permito remitir la presente contestación, lo anterior teniendo en cuenta que el proceso de la referencia fue remitido a dicho Despacho.

Isabella Gálvez Mena

Oficial Mayor

Juzgado Segundo Administrativo de Cartago

Calle 11 No. 5-67 Piso 2 - Palacio de Justicia.

Tel. (602) 2140014

De: RESPONSABILIDAD MEDICAHUV <responsabilidadmedicahuv@gmail.com>

Enviado: jueves, 8 de septiembre de 2022 4:29 p. m.

Para: j04advocartago@cendoj.ramajudicial.gov.co <j04advocartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juzgado 02 Administrativo - Valle Del Cauca - Cartago <j02advocartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Proc. I Judicial Administrativa 211 <procjudadm211@procuraduria.gov.co>; procuraduria211 <procuraduria211@yahoo.com>; Jesus Alberto Hoyos Avile <jahoyos@procuraduria.gov.co>; Procesos Territoriales <PROCESOSTERRITORIALES@DEFENSAJURIDICA.GOV.CO>; notificacionjudicial@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co <notificacionjudicial@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co>; gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co <gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co>; hospitalsanrafael@hotmail.com <hospitalsanrafael@hotmail.com>; hospitaldepartamentalsanrafael@hotmail.com <hospitaldepartamentalsanrafael@hotmail.com>; asist administrativa <asist_administrativa@clinicamariangel.com>; grancruel@dumianmedical.com <grancruel@dumianmedical.com>; nathaly pelaez manrique <notificaciones_judiciales@dumianmedical.net>; notificaciones judiciales cms <notificaciones_judiciales_cms@dumianmedical.net>; notificaciones judiciales cms <notificaciones_judiciales_cms@dumianmedical.com>; notificaciones judiciales <notificaciones_judiciales@dumianmedical.com>; servicioalcliente <servicioalcliente@dumianmedical.com>

Cc: RESPONSABILIDAD MEDICAHUV <responsabilidadmedicahuv@gmail.com>

Asunto: CONTESTACION DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA // //MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA // RADICADO: 76147-33-33-002-2022-00235-00 // DEMANDANTES: LUZ ADRIANA VILLA GONZALEZ Y OTROS // DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E...

Señor

JUEZ SEGUNDO (02) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CARTAGO

E.S.D.

MEDIO DE CONTROL:
RADICADO:

**REPARACIÓN DIRECTA
76147-33-33-002-2022-00235-00**

DEMANDANTES:
DEMANDADO:

LUZ ADRIANA VILLA GONZÁLEZ Y OTROS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO
GARCÍA" E.S.E. Y OTROS

DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO, domiciliada y residente en la ciudad de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.1.107.036.465 de Cali (Valle) y portadora de la Tarjeta Profesional No. 296.257 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada judicial especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.** encontrándome dentro del término legal procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** interpuesta por **LUZ ADRIANA VILLA GONZÁLEZ**, quien actúa en su propio nombre y en representación de sus hijos menores de edad **JEEFRY ALEXIS GUZMÁN VILLA Y ROBINSON JIMÉNEZ VILLA Y** la señora **MARÍA NATALÍ VILLA GONZÁLEZ**, contra el **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL, LA CLÍNICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL S.A.S. DE TULUÁ y la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCÍA DE CALI.**

Cordialmente,

Carolina Hernández Rico
Responsabilidad Médica
Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.



RESPONSABILIDAD MEDICAHUV <responsabilidadmedicahuv@gmail.com>

Fwd: PODER

1 mensaje

viviana bolaños <poderesjuridicahuv@gmail.com>
Para: responsabilidadmedicahuv@gmail.com

2 de septiembre de 2022, 08:19

----- Forwarded message -----

De: **Direccion General** <direcciongeneral@huv.gov.co>
Date: vie, 2 sept 2022 a la(s) 08:17
Subject: PODER
To: poderesjuridicahuv <poderesjuridicahuv@gmail.com>

Buenos dias,

Se adjunta poder para la representación del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García"
E.S.E.

**MEDIO DE CONTROL
RADICADO
DEMANDANTES
DEMANDADOS
"EVARISTO GARCIA" E.S.E Y OTROS**

**REPARACION DIRECTA
76-147-33-33-002-2022-00235-00
LUZ ADRIANA VILLA GONZALEZ Y OTROS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**

Gracias

--

image.png

GERENCIA GENERAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA E.S.E."

6206000 EXT:1011

**LUZ ADRIANA VILLA GONZALEZ Y OTROS.pdf**

110K

Señores

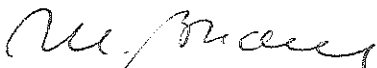
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CARTAGO
E.S.D.

MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO:	76-147-33-33-002-2022-00235-00
DEMANDANTES:	LUZ ADRIANA VILLA GONZALEZ Y OTROS
DEMANDADOS:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E. Y OTROS

MARISOL BADIEL OCAMPO, mayor de edad y vecina de la ciudad de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía C.C. N° 31.921.970 expedida en Cali, nombrada como Gerente General Encargada del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "Evaristo García" E.S.E, mediante Resolución No. 1.220.54-1560 del 05 de agosto de 2022, por medio del presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente a la Dra. **DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO**, mayor y vecina de Cali, identificada con la C.C. No. 1.107.036.465 de Cali (V), abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 296.257del C.S.J., a efecto que en nombre y representación de la entidad asuma de manera integral su defensa dentro del asunto de la referencia, solicite pruebas, interponga los recursos de ley a los que hubiere lugar y, en general, para que realice las actuaciones conducentes y pertinentes que aseguren la buena gestión del mandato a él conferido.

Mi apoderada además de las facultades consagradas en el artículo 77 del C.G.P., tendrá las de conciliar, recibir, transigir, desistir, sustituir, renunciar, reasumir, llamar en garantía, denunciar el pleito, presentar demanda de reconvenición y todas las demás facultades tendientes a la defensa integral del H.U.V.

Atentamente,



MARISOL BADIEL OCAMPO
C.C. No. 31.921.970 de Cali (V)

Acepto,



DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO

C.C. No. 1.107.036.465de Cali (V)

T.P. No. 296.257del C.S.J.

Correo: responsabilidadmedicahuv@gmail.com

Celular: 3507943481



RESOLUCIÓN No. 1.220.54-1560
(05 de agosto de 2022)

"Por medio de la cual se conceden dos periodos de vacaciones al Gerente del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E y se asignan funciones a un Servidor Público de la Entidad."

La SECRETARIA DEPARTAMENTAL DEL SALUD, en uso de sus facultades legales, en especial las consignadas en el Decreto 1-3-0011 del 08 de enero de 2019 y

CONSIDERANDO:

Que mediante Decreto No. 1-3-0011 del 08 de enero de 2019, la señora Gobernadora del Departamento del Valle, delegó en el cargo de la Secretaría Departamental de Salud, para que tramite y resuelva de fondo todas las situaciones administrativas relacionadas con los Gerentes de los Hospitales Departamentales.

Que el doctor IRNE TORRES CASTRO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.497.274 de Buenaventura (Valle), fue nombrado en propiedad como Gerente del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E, mediante el Decreto No. 01-3-07-83 de fecha 24 de abril de 2020 y debidamente posesionado según Acta No. 0291 del 30 de abril de 2020.

Que esta Secretaría recibe, por traslado del Despacho de la señora Gobernadora, comunicación No. 01 de fecha 02 de agosto de 2022, suscrita por el doctor IRNE TORRES CASTRO, a través de la cual solicita autorización para el disfrute de dos (2) periodos de vacaciones, correspondientes a los periodos 2019-2021, los cuales se tomará a partir del 16 de agosto hasta el 26 de septiembre de 2022. Así mismo, manifiesta en el mismo escrito que sugiere que mientras dure su ausencia se encargue a la Dra. Marisol Badiel Ocampo, quien en la actualidad funge como Subgerente de Servicios de Salud.

Que la Dra. CLAUDIA XIMENA CASTELLANO CARDENAS, Jefe de la oficina Coordinadora del Talento Humano del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E, certifica con documento de fecha 05 de agosto de 2022, que el Dr. Irne Torres Castro, tiene dos periodos pendientes de disfrute comprendido del 26/09/2019 hasta el 25/09/2020 quince (15) días y del 26/09/2020 al 25/09/2021 quince (15) días, para un total de treinta (30), las cuales disfrutará a partir del 16 de agosto y hasta el 26 de septiembre del año 2022, inclusive.

Que mediante comunicación de fecha 03 de agosto de 2022, suscrita por Dra. CLAUDIA XIMENA CASTELLANO CARDENAS, Jefe de la oficina Coordinadora del Talento Humano del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E, certifica, que la Dra. MARISOL BADIEL OCAMPO, identificada con la cedula No. 31.921.970 de Cali Valle, de profesión médica con especialización en Epidemiología y doctorado en educación en Colombia, quien en la actualidad se desempeña como Subgerente de Servicios de Salud de la institución, cuenta con el perfil y cumple con los requisitos exigidos en el manual de funciones de la entidad hospitalaria, para ocupar el cargo de Gerente, mientras dure la ausencia del titular.

Que, con el propósito de garantizar la debida prestación de los servicios de salud en el Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E, mientras dura la ausencia del Gerente, por estar disfrutando de dos (2) periodos de vacaciones, se hace necesario asignarle funciones a un profesional de planta del Hospital que cumpla con los requisitos del cargo.

Que, en mérito a lo anterior,



RESOLUCIÓN No. 1.220.54-1560
(05 de agosto de 2022)

"Por medio de la cual se conceden dos periodos de vacaciones al Gerente del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E y se asignan funciones a un Servidor Público de la Entidad."

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder al doctor IRNE TORRES CASTRO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.497.274 de Buenaventura (Valle), el disfrute de vacaciones correspondiente a dos (2) periodos, comprendidos entre el 26/09/2019 y el 25/09/2020, y del 26/09/2020 al 25/09/2021 días, los cuales disfrutará a partir del 16 de agosto y hasta el 26 de septiembre del año 2022. El doctor IRNE TORRES CASTRO deberá asumir las funciones propias del cargo de Gerente a partir del 27 de septiembre del 2022.

ARTÍCULO SEGUNDO: Mientras dura la ausencia del Gerente del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E., por estar disfrutando de su periodo de vacaciones, se le asignan funciones de Gerente Encargada, sin efectos fiscales y sin separarse de su cargo de Subgerente de Servicios de Salud, a la doctora Marisol Badiel Ocampo, identificada con la cedula No. 31.921.970 de Cali Valle, quién deberá tomar posesión del cargo en la Oficina de Posesiones de la Gobernación del Valle, previa acreditación de los requisitos legales para el ejercicio del mismo.

ARTÍCULO TERCERO: Copia del presente acto administrativo, será enviado a la Oficina de Recursos Humanos del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCIA" E.S.E, para lo de su competencia.

ARTÍCULO CUARTO: El presente Acto Administrativo rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santiago de Cali, a los cinco (5) días de agosto del año 2022

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
SECRETARIA DE SALUD

Proyectó: Maria Claudia Almaro Paez-Abogada Contratista
Revisó: Ángela María Cubides González-Jefe Oficina Asesora Jurídica

7.6

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.921.970

BADIEL OCAMPO

APELLIDOS

MARISOL

NOMBRES

Badiel Ocampo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1964

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

B+

G.S. RH

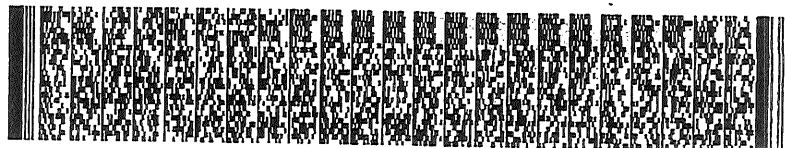
F

SEXO

30-MAR-1983 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00126291-F-0031921970-20081109

0005657497A 1

2760015646

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES: DAYANNA CAROLINA
APELLIDOS: HERNANDEZ RICO

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
 MARTHA LUCÍA OLANO DE NOGUERA

UNIVERSIDAD: SAN B/VENTURA CALI
FECHA DE GRADO: 24/08/2017
CONSEJO SECCIONAL: VALLE

CEDULA: 1107036465
FECHA DE EXPEDICION: 19/09/2017
TARJETA N°: 296257

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
 Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
 LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 190 DE 1971
 Y EL ACUERDO 180 DE 1998.**

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.107.036.465
HERNANDEZ RICO

APELLIDOS
DAYANNA CAROLINA

NOMBRES

Dayana Hernandez.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1993

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

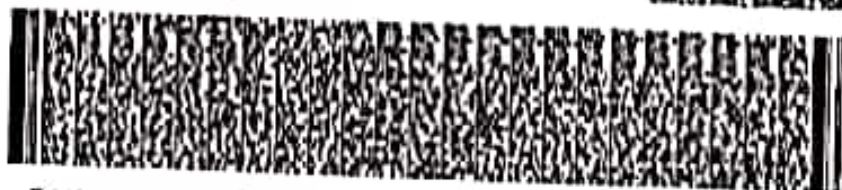
F
SEXO

21-OCT-2011 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL SANCHEZ TORRES

INICE DERECHO



P-3100100-00352227-F-1107036465-20111223

0028776476A 3

37809444



RESPONSABILIDAD MEDICAHUV <responsabilidadmedicahuv@gmail.com>

LLAMAMIENTO EN GARANTIA ALLIANZ //MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA // RADICADO: 76147-33-33-002-2022-00235-00 // DEMANDANTES: LUZ ADRIANA VILLA GONZALEZ Y OTROS // DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E. Y OTROS

1 mensaje

RESPONSABILIDAD MEDICAHUV <responsabilidadmedicahuv@gmail.com>

8 de septiembre de 2022, 16:23

Para: notificacionesjudiciales@allianz.co

CC: RESPONSABILIDAD MEDICAHUV <responsabilidadmedicahuv@gmail.com>

Señores

ALLIANZ SEGUROS S.A

E.S.D

MEDIO DE CONTROL:

REPARACIÓN DIRECTA

RADICADO:

76147-33-33-002-2022-00235-00

DEMANDANTES:

LUZ ADRIANA VILLA GONZÁLEZ Y OTROS

DEMANDADO:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E. Y OTROS

DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO, domiciliada y residente en la ciudad de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.1.107.036.465 de Cali (Valle) y portadora de la Tarjeta Profesional No. 296.257 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada judicial especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E**, mediante el presente correo remito solicitud de llamamiento en garantía que se presentará el día de hoy, del proceso en referencia, junto con la demanda, anexos y demás documentos pertinentes.

El llamamiento en garantía con sus anexos está en el PDF de contestación de la demanda.

 [76-147-33-33-002-2022-00235-00](#)

Conforme a un auto enviado esta semana, se trasladó el proceso al Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Cartago.

Cordialmente,

 [C01Principal.zip](#)

Carolina Hernández Rico
Responsabilidad Médica
Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.

2 archivos adjuntos **LLAMAMIENTO EN GARANTIA 2022-00325.pdf**
3835K **CONTESTACION DDA 2022-00235.pdf**
2345K



Señor

JUEZ SEGUNDO (02) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CARTAGO
E.S.D.

MEDIO DE CONTROL: **REPARACIÓN DIRECTA**
RADICADO: **76147-33-33-002-2022-00235-00**
DEMANDANTES: **LUZ ADRIANA VILLA GONZALEZ Y OTROS**
DEMANDADO: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E. Y OTROS**

DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO, domiciliada y residente en la ciudad de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.1.107.036.465 de Cali (Valle) y portadora de la Tarjeta Profesional No. 296.257 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada judicial especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**, encontrándome dentro del término legal procedo a formular **LLAMAMIENTO EN GARANTIA** a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, sociedad comercial identificada con NIT No. 860.026.182-5, representada legalmente por el señor DAVID ALEJANDRO COLMENARES SPENCE, o por quien haga sus veces como tal, con fundamento en los siguientes:

HECHOS

PRIMERO: Los señores LUZ ADRIANA VILLA GONZÁLEZ, quien actúa en su propio nombre y en representación de sus hijos menores de edad JEEFRY ALEXIS GUZMÁN VILLA Y ROBINSON JIMÉNEZ VILLA Y la señora MARÍA NATALÍ VILLA GONZÁLEZ,, contra del ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL, LA CLÍNICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL S.A.S. DE TULUÁ y la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCÍA DE CALI, por la supuesta falla ocasionada en el servicio de atención en salud que, a su juicio, causo daños y perjuicios a la señora LUZ ADRIANA VILLA GONZÁLEZ, igualmente, formularon pretensiones económicas a título de indemnización y/o compensación de perjuicios inmateriales.

SEGUNDO: El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. contrató con Allianz Seguros S.A. la póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 22425835 que tuvo una vigencia desde el 22 de marzo de 2019 al 31 de diciembre de 2019; dentro de este periodo de tiempo sucedieron los hechos por los cuales se atribuye responsabilidad a la entidad asegurada **(atenciones entre el 01 de noviembre al 12 de noviembre de 2019).**

TERCERO: Es menester indicar que la modalidad de cobertura contratada en los mencionados contratos de seguro fue la denominada “*Claims made*”, pactando un periodo de retroactividad al 28 de abril de 2016.

CUARTO: Solo en el evento en que se llegare a declarar la responsabilidad administrativa y extracontractual del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., la entidad llamada en garantía deberá desembolsar y/o reembolsar los dineros a los que fuere obligada a pagar el H.U.V., con base en la relación contractual pactada y que ya ha sido mencionada en este escrito.

PRETENSIONES

Conforme a los hechos expuestos, solicitamos al despacho se sirva vincular al proceso a la sociedad ALLIANZ SEGUROS S.A. como llamado en garantía, de conformidad con el artículo 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, teniendo en cuenta la póliza a la que se ha hecho referencia y la cobertura de la misma.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho del presente llamamiento en garantía, se encuentran en el artículo 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo el cual dispone lo siguiente:

“Artículo 225. Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación. (...)”

El llamamiento en garantía puede ser invocado por quien tenga derecho legal o contractual de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de una posible sentencia desfavorable, de los hechos manifestados, así como de los documentos anexados como pruebas, se puede constatar que entre el demandado HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E. y la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. existe una relación de carácter sustancial, cual es el contrato de seguro que tiene a aquella como tomador y asegurado del Seguro de Responsabilidad Civil mediante las pólizas antes relacionadas, lo que configura el derecho de la entidad demandada de exigir de su aseguradora *“el reembolso total o parcial”* de lo que eventualmente tendría que pagar como resultado de una sentencia adversa.

PRUEBAS Y ANEXOS

Solicito al Despacho se sirva tener y decretar las siguientes:

- Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual –Clínicas y Hospitales- No. 22425835 que tuvo una vigencia desde el 22 de marzo de 2019 al 31 de diciembre de 2019.
- Certificado de existencia y representación de ALLIANZ SEGUROS S.A.

Solicitud de prueba:

Si el Despacho lo considera pertinente, se sirva oficiar a ALLIANZ SEGUROS S.A., con domicilio en la Avenida 6A Norte # 23-13 Barrio Santa Mónica de Cali y dirección electrónica para notificaciones notificacionesjudiciales@allianz.co, para que remitan con destino a su despacho copia de la respectiva póliza por la cual se encontraba amparado el HUV de acuerdo de los hechos de la demanda, incluyendo anexos y condiciones de la misma. De igual forma para que certifiquen si para la fecha del evento el HUV se encontraba amparado y el monto de dicha cobertura.



NOTIFICACIONES Y DIRECCIONES

Mi poderdante HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E. y el suscrito apoderado, recibiremos las notificaciones en la Calle 5 No. 36-08 de Cali, e-mail: responsabilidadmedica@huv.gov.co, notificacionesjudiciales@huv.gov.co, tel. 6206000 ext. 1740 y 1741.

El llamado en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. puede ser notificado a través de su representante legal, señor DAVID ALEJANDRO COLMENARES SPENCE, con domicilio en la Avenida 6A Norte # 23-13 Barrio Santa Mónica de Cali y dirección electrónica para notificaciones notificacionesjudiciales@allianz.co

Cordialmente,

DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO
C.C. No. 1.107.036.465 DE CALI (V)
T.P No. 296.257 DEL C.S.J

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES
ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT 860.026.182-5



COMPañÍA 03 COD SUC 245 SUCURSAL CALI 2 PRODUCTO RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES
 PÓLIZA No 22425835 CERTIFICADO No 0 AÑO 2019 DOCUMENTO DE EMISION

DATOS DEL CLIENTE

TOMADOR HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR. TIPO DOC NIT 890.303.461 2
 ASEGURADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR. TIPO DOC NIT 890.303.461 2
 DIRECCIÓN CALLE 5 NO. 36-03 CIUDAD CALI TELÉFONO 62060000
 BENEFICIARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR. TIPO DOC NIT 890.303.461 2

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE 22/03/2019 A LAS 00:00 HORAS HASTA 31/12/2019 A LAS 24:00 HORAS
 dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO

DESDE 22/03/2019 A LAS 00:00 HORAS HASTA 31/12/2019 A LAS 24:00 HORAS
 dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

INTERMEDIARIOS

CODIGO	NOMBRE	% PART.
1067259	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.	100%

UNION TEMPORAL

COSEGURO

CODIGO	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VR. PRIMA

DESCRIPCION DE LA RIESGA

DIRECCIÓN DE MAYOR RIESGO CALLE 5 NO. 36-03
 CIUDAD CALI MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO I. COBERTURA AL 100%
 TIPO DE RIESGO SERVICIOS No. TOTAL RIESGO COD.NEG.ENFOCADO 0000 000 000 000 CAT.NEG.ENFOCADO
 ACTIVIDAD SERVICIOS MONEDA COP T.R.M. FECHA DE T.R.M.

INTERÉS ASEGURADO	VALOR ASEGURABLE	VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	\$ 1.000.000.000	\$ 1.000.000.000

AMPAROS

FORMA

VERSIÓN

SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

SEGUN SLIP

El presente contrato se integra por: la solicitud de seguro, los formularios de asegurabilidad, la carátula, las condiciones generales y particulares, los anexos de amparos adicionales, con o sin sublímite, y las cláusulas relacionadas en la carátula, contenidas en el Condicionado General, las cuales han sido recibidas por el Tomador, y los anexos y los certificados que se expidan en aplicación a ella. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del mismo, (Artículo 1063 C. de C.) este término legal no aplicará para los convenios de pago

OBSERVACIONES

Se realiza Emision poliza Nueva con el Recibo 891826011

En fe de lo cual, la compañía expide la presente póliza en la ciudad de BOGOTÁ D.C. Sucursal o Agencia CASA PRINCIPAL a los 27 días del mes de Marzo de 2019

LIQUIDACIÓN DE PRIMAS

PRIMA BRUTA \$ 442.960.274
 DESCUENTOS
 PRIMA NETA \$ 442.960.274
 IVA \$ 84.162.452

TOTAL \$ 527.122.726

[Firma Autorizada]

Firma Autorizada

CR 13A No 29-24 Bogotá, D.C.

Dirección para Notificaciones

SECRETARIA
GERENCIA GENERAL

Grandes Contribuyentes Régimen Común No Sujeto a Retención

ANEXO N° 5 (ESPECIFICACIONES TECNICAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
ASEGURADO:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS
NIT:	890.303.461-2
PROCESO	CONVOCATORIA PÚBLICA No. 015 DE 2019
POLIZA:	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES
VIGENCIA:	Desde el 22 de marzo de 2019 a las 00:00 Horas Hasta el 31 de Diciembre de 2019 a las 24:00 Horas

CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS OBLIGATORIAS

INTERES ASEGURADO	COBERTURAS	LIMITE ASEGURADO		PROPUESTA PRESENTADA POR LA UT ALLIANZ SEGUROS S.A-AXA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.- BBVA SEGUROS S.A	
		EVENTO	VIGENCIA	TASA	PRIMA SIN IVA 285 DIAS
<p>Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.</p>	Responsabilidad civil medica	\$	1.000.000.000	56,73	\$ 442.960.273,97
	Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia				
	Errores u omisiones Profesionales				
	Predios labores y operaciones				
	Gastos judiciales	Submite por evento de \$20.000.000	200.000.000		
	Cobertura de Gastos Médicos	\$20.000.000	\$ 200.000.000		
	Perjuicios extrapatrimoniales al 100%				
TOTALES		PRIMA			\$ 442.960.273,97
		IVA			\$ 84.162.452
		TOTAL			\$ 527.122.726

COBERTURA:

AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

CONVENIO PARA EL PLAZO DEL PAGO DE LA PRIMA: No obstante cualquier estipulación en contrario, por la presente cláusula se deja establecido que, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 81 de la Ley 45/90 y la Resolución numero 03750 de Diciembre 31/74 de la Superintendencia Financiera, las partes contratantes convienen que las primas causadas por el presente Contrato de seguros y los Certificados o Anexos que se emitan en aplicación al mismo serán pagadas por EL ASEGURADO en SESENTA (60) días a partir de la fecha en que el respectivo documento sea recibido en sus oficinas, directamente por la Aseguradora y/o por el Intermediario de seguros, quien deberá certificar haber recibido a satisfacción las respectivas pólizas en las condiciones contratadas;

Si las pólizas no han sido correctamente elaboradas, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma. La demora en el pago originada por la presentación incorrecta de los documentos requeridos será responsabilidad del contratista y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza o a la aplicación de la terminación del contrato por mora en el pago de la prima.

FORMATO 2 : ACEPTACION CLAUSULAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS

REVOCACIÓN, NO RENOVACIÓN O MODIFICACIONES DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS: La Aseguradora deberá dar aviso por escrito al ASEGURADO con una anticipación de TREINTA (30) días, en caso que decida modificar, revocar o no renovar esta póliza y/o alguno de sus amparos adicionales o modificar cualquiera de sus condiciones. En caso de revocación la aseguradora devolverá al asegurado, la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, liquidada a prorrata.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
EVARISTO GARCIA" BSE

2019 ABR. 23

SECRETARIA
GERENCIA GENERAL

ANEXO N° 5 (ESPECIFICACIONES TECNICAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES)					
TOMADOR:		HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA			
ASEGURADO:		HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA			
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS			
NIT:		890.303.461-2			
PROCESO		CONVOCATORIA PÚBLICA No. 015 DE 2019			
POLIZA:		RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES			
VIGENCIA:		Desde el 22 de marzo de 2019 a las 00:00 Horas Hasta el 31 de Diciembre de 2019 a las 24:00 Horas			
CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS OBLIGATORIAS					
INTERES ASEGURADO	COBERTURAS	LIMITE ASEGURADO		PROPUESTA PRESENTADA POR LA UT ALLIANZ SEGUROS S.A.A. COMPANIA DE SEGUROS S.A. BBVA SEGUROS S.A.	
		EVENTO	VIGENCIA	TASA	PRIMA SIN IVA 285 DIAS
Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.	Responsabilidad civil medica	\$	1.000.000.000	56,73	\$ 442.960.273,97
	Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia				
	Errores u omisiones Profesionales				
	Predios labores y operaciones				
	Gastos judiciales	Submite por evento de \$20.000.000	200.000.000		
	Cobertura de Gastos Médicos	\$20.000.000	\$ 200.000.000		
	Perjuicios extrapatrimoniales al 100%				
TOTALES		PRIMA		\$ 442.960.274	
		IVA		\$ 84.162.452	
		TOTAL		\$ 527.122.726	
COBERTURA: AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.					
CONVENIO PARA EL PLAZO DEL PAGO DE LA PRIMA: No obstante cualquier estipulación en contrario, por la presente cláusula se deja establecido que, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 81 de la Ley 45/90 y la Resolución numero 03750 de Diciembre 31/74 de la Superintendencia Financiera, las partes contratantes convienen que las primas causadas por el presente Contrato de seguros y los Certificados o Anexos que se emitan en aplicación al mismo serán pagadas por EL ASEGURADO en SESENTA (60) días a partir de la fecha en que el respectivo documento sea recibido en sus oficinas, directamente por la Aseguradora y/o por el Intermediario de seguros, quien deberá certificar haber recibido a satisfacción las respectivas pólizas en las condiciones contratadas;					
Si las pólizas no han sido correctamente elaboradas, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma. La demora en el pago originada por la presentación incorrecta de los documentos requeridos será responsabilidad del contratista y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza o a la aplicación de la terminación del contrato por mora en el pago de la prima.					
FORMATO 2 : ACEPTACION CLAUSULAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS					
REVOCACIÓN, NO RENOVACIÓN O MODIFICACIONES DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS: La Aseguradora deberá dar aviso por escrito al ASEGURADO, con una anticipación de TREINTA (30) días, en caso que decida modificar, revocar o no renovar esta póliza y/o alguno de sus amparos adicionales o modificar cualquiera de sus condiciones. En caso de revocación la aseguradora devolverá al asegurado, la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, liquidada a prorrata.					
NOMBRAMIENTO DE AJUSTADOR: En caso de siniestro que afecte las pólizas contratadas y en los que a juicio de la aseguradora se deba asignar Ajustador, dichos Ajustadores no podrán ser asignados unilateralmente por la aseguradora, sino bajo los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> • Se escogerá al inicio de la vigencia de las pólizas una terna de firmas Ajustadores nominada por EL ASEGURADO y la ASEGURADORA. • Las firmas seleccionadas deberán tener sede principal u oficina similar en la ciudad de Cali. La asignación del Ajustador proveniente de la terna inicialmente escogida, deberá realizarse dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha del reporte del siniestro y el Ajustador deberá contactar al asegurado y efectuar las visitas correspondientes dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de designación. En caso contrario, se designará otro integrante de la terna preseleccionada.					
AVISO DE PÉRDIDA 15 DÍAS: No obstante lo dispuesto en las condiciones la Póliza o en sus anexos, por la presente cláusula se conviene entre las partes, un término TREINTA (30) días HÁBILES para que el Asegurado de aviso al Asegurador de cualquier evento que afecte a la presente Póliza, contados a partir de la fecha en que haya tenido conocimiento de dicho evento, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.					
CONOCIMIENTO DEL RIESGO: Por medio de la presente cláusula, la (s) Compañía(s) Aseguradora(s) declara (n) que conocen los riesgos y por consiguiente dejan constancia de su conocimiento y aceptación de las circunstancias y condiciones de los mismos. En consecuencia de lo anterior, los proponentes no podrán en ningún caso, oponer excepciones, ni formular objeciones fundamentadas en la circunstancia de no haber llevado a cabo la visita de inspección de los bienes o en el desconocimiento de los mismos.					
AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES RELACIONANDOS CON LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO : Queda establecido y convenido por la presente cláusula, que este contrato de seguro se extiende a cubrir automáticamente operaciones adicionales o cambio de operaciones, realizadas en el predio descrito en la póliza siempre y cuando esas no sean diferentes al giro de negocio del asegurado aceptado bajo esta póliza. También se hace extensivo a otras propiedades o bienes sobre los cuales el asegurado haya adquirido el dominio o control, a bienes tomados en arrendamiento o a cualquier otro título para su uso, situados dentro o fuera de los predios del asegurado.					



ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES : El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por la compañía, la hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el tomador incurriere en errores, omisiones o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato de seguro al cual se adhiera este documento no será nulo, ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del Art. 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En ese caso, se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo: la cual será calculada a la (s) tasa (s) establecida (s) en la (s) póliza (s) a prorrata y en las mismas condiciones en que viene suscrito el riesgo.

ADHESION: Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales y particulares de la póliza, que presenten un beneficio a favor del ASEGURADO, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza siempre que el cambio no implique un aumento en la prima originalmente pactada, Previo acuerdo con Allianz.

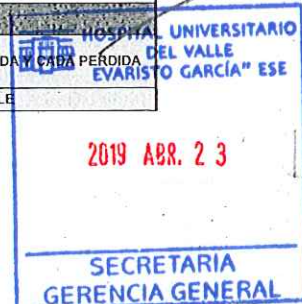
MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: Se amparan automáticamente los nuevos predios y oficinas durante el periodo de la póliza sin cobro de prima, siempre que estos se encuentren dentro del límite territorial establecido y mientras se mantengan como mínimo las mismas protecciones de seguridad informadas a los reaseguradores bajo los términos acordados, con cobro adicional de prima

CLÁUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES OPCIONALES REQUERIDAS	S/N/D	150 PUNTOS
RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO : Una vez vigencia de la póliza, en caso de siniestro el límite asegurado se rebajará en la suma indemnizada a partir de la fecha en que se efectúe el pago y se restablecerá automáticamente a su límite inicial y el Asegurado pagará la prima adicional correspondiente a prorrata.	N	
Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 15 días y cobro de prima del 150% de la vigencia anual.	N	
Responsabilidad civil profesional de las actividades netamente administrativas.	N	
CLÁUSULA DE ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION HASTA 50%: la Aseguradora anticipa la indemnización, hasta por el 50%, con la demostración de la ocurrencia del siniestro por parte del asegurado, el valor de los daños y la comprobación de que existe cobertura y mientras se formaliza a cabalidad la indemnización Correspondiente	N	
RECLAMACIONES: Este seguro se extiende a cubrir el reembolso de cualquier suma que se vea precisado a pagar el asegurado como consecuencia de los actos y omisiones a que se refiere este contrato, en el evento de que la víctima, dejando de lado la eventual responsabilidad civil extracontractual que ello podría generar, opte por reclamar o iniciar en contra del asegurado una responsabilidad de tipo contractual.	N	
EXTENSION POR ACTOS DE EMPLEADOS: Se extiende a cubrir la responsabilidad civil extracontractual del asegurado a consecuencia de los actos u omisiones cometidas por los empleados a su servicio, incluidos los temporales, ocasionales-transitorios, estudiantes en practica, durante el desempeño de sus funciones dentro de la Republica de Colombia y en el exterior, siendo entendido que todo juicio o demanda deberá ser entablada ante las autoridades competentes colombianas.	N	
ACUERDO PARA AJUSTE EN CASO DE SINIESTRO: Por medio de la presente Cláusula se conviene que todos los siniestros serán ajustados conforme al procedimiento especial de ajuste que se acuerde entre el Asegurador y Asegurado, y que bajo estas condiciones, operará el Ajustador que se designe cuando sea necesario	N	
CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONOMICAS DE REASEGURADORES: Las Aseguradoras deberán conservar sus Reaseguradores durante el periodo de adjudicación y no podrán cambiarlos salvo fuerza mayor o causa justificada. En caso de ser necesario cambiarlos ó que el reasegurador se retire voluntariamente, él (ó los) reasegurador(es) que lo sustituya(n) deberá(n) ser de la misma categoría ó tener la misma calificación del (os) que se reemplaza(n). Durante el periodo de adjudicación los oferentes no podrán cambiar las condiciones técnicas y económicas ofrecidas salvo aquellas que sean favorables al asegurado, las cuales deberán incorporarse automáticamente a las Pólizas.	N	
EXTENSION DEL SITIO O SITIOS DONDE SE ASEGURA EL RIESGO: Por medio de la presente Cláusula se conviene en amparar en todas sus partes la Responsabilidad Civil del Asegurado, derivada de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, causados a bienes de terceros, lesiones personales ó muerte a terceros, por empleados, personal a su servicio, durante el desempeño de sus funciones en el giro normal de sus negocios, siempre y cuando las funciones sean objeto de cobertura en el presente seguro y en cualquier sitio o sitios, donde se hallen desempeñando las mismas.	N	
MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO No obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza y sus anexos, con cobro de prima, la presente cláusula se establece una limitación a la obligación que el Asegurado notifique los hechos o circunstancias que agraven el riesgo durante la vigencia del contrato, en el sentido, que la aseguradora solo pueda invocarla cuando exista relación de causalidad entre la agravación y el siniestro. Se ampararán automáticamente los riesgos cuya agravación se informe, hasta el pronunciamiento del asegurador en contrario.	N	
NO APLICACION DE GARANTIAS: Queda expresamente acordado y aceptado que la aseguradora no establecerá garantías a cumplir por parte de HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA, sin previo acuerdo con la entidad tomadora y/o asegurada. Para tal efecto, queda expresamente acordado que para la determinación de garantías, la aseguradora presentará previamente para aceptación de HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA, la propuesta en la que se detallen los terminos en los que se aplicarán, los cuales quedarán sujetos a los siguientes requisitos: - Que la operación de la entidad, ya contemple el cumplimiento de las condiciones de las garantías propuestas. - Que para el cumplimiento de las condiciones de las garantías propuestas, la entidad cuente con los recursos presupuestales que lo permita atender las mismas. - Que las condiciones de las garantías propuestas se enmarquen dentro de las disposiciones legales y/o políticas de la entidad. Se precisa que en el caso de que en algún documento de la propuesta se contenga algún tipo de garantía que no cumpla con cualquiera de los anteriores requisitos, se dará como no exigida y el proponente con la firma de la propuesta acepta esta condición.	N	
CLÁUSULA DE APLICACION DE CONDICIONES PARTICULARES Queda expresamente acordado y convenido, que la Compañía acepta las condiciones básicas técnicas establecidas en este anexo en los terminos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancia entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta técnica básica, frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecerá la información y condiciones básicas técnicas establecidas.	N	

0,00

CLÁUSULAS PARTICULARES SOLICITADAS: Indicar con una S si es aceptada, con una N si es negada, con una D si es aceptada con desviación, para lo cual debe estipular en el formato de desviaciones el texto propuesto.

DEDUCIBLE	PROPUESTA
TODAS LAS COBERTURAS	20% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP 15,000,000 TODA Y CADA PÉRDIDA
GASTOS MEDICOS	SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE



VIGIL:

- En caso de dudas o inquietudes referentes al valor a pagar, puede contactarse con nuestra línea nacional 018000517270 y en Bogotá en el teléfono 6065900 donde nuestros operadores resolverán sus inquietudes.

DATOS DEL CLIENTE		REFERENCIA DE PAGO: 17001891826011	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI		FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO: 27/03/2019	
DATOS DEL COBRO		DETALLES DE VALORES A PAGAR	
Producto: RCE Póliza: 022425835 / 0 Periodo facturado: 22/03/2019 - 01/01/2020 Clave Asesor: 1067259 Impresión Nº: 1		PRIMA 442.960.274,00 IVA 84.162.452,00	
TOTAL CHEQUE \$		Valor a pagar 527.122.726,00	
TOTAL EFECTIVO \$		Espacio Para Sello de Banco	
Fecha de pago:			
Fecha Límite de pago: 25/julio/2019			
TOTAL A PAGAR \$			

- CLIENTE-

Ingrese a nuestra página web www.allianz.co, ubique el link de pago PSE, regístrese y realice sus pagos.

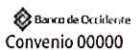


Para pagos con debito a su cuenta de ahorros o cuenta corriente, la información y autorización debe ser suministrada en el momento de la suscripción de la póliza o en el momento de renovación de la misma.



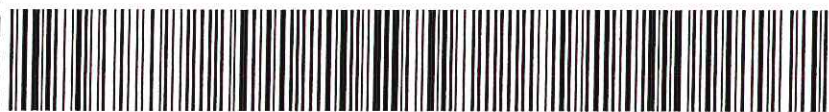
Para acceder a esta opción, por favor contacte a su asesor de seguros, o en la oficina de Allianz más cercana, o puede llamar a la línea de atención nacional 018000514405 y en Bogotá en el teléfono 6065900.

CONVENIO 00000



TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5

REFERENCIA DE PAGO:	17001891826011
Fecha de pago:	
TOTAL EFECTIVO	\$
Valor a pagar hasta: 25/julio/2019	\$527.122.726,00



(415)7701038100030(8020)17001891826011(3900)00000527122726(96)20190725

TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5

DETALLE CHEQUES		
COD BANCO	NÚMERO CHEQUE	VALOR
TOTAL CHEQUES		

REFERENCIA DE PAGO:	17001891826011
Fecha de pago:	
Valor a pagar hasta:	25/julio/2019 \$527.122.726,00



(415)7701038100030(8020)17001891826011(3900)00000527122726(96)20190725

- BANCO EFFECTIVO -

BANCO CHEQUE-



> Recibo

✧ BÚSQUEDA

Recibo 891826011 Contador 0
Ramo 1401-Responsabilidad Civil
Nombre HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G

✧ DATOS GENERALES

Póliza > 22425835/0 Aplicación
Número Apéndice Recibo Judicial N
Aviso
Tipo de Alta Físico
Tipo Recibo Número Producción Fecha Cargo 01032019 16
Estado Recibo > Pendiente Fecha Movimiento 16
Servicio
Financiera
Forma de Pago Anual
Fecha Inicio 22032019 16 Fecha Término 01012020 16
Fecha Emisión 27/03/2019 Fecha Lim. Pago 25072019 16
Sucursal 245 / B - CALI 2
Mediador 1067259 - GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.
Mediador Competencia 1067259
DNI/NIF > 8903034612 Fecha Liquidación 16
Tomador HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARI
Matrícula
Ref. en cia. abridora

✧ DATOS FINANCIEROS

Prima	442960274,00		
Tasa	1,00		
Recargo Externo	0,00	Recargo a Fracc.	84162452,00
Comisiones Prima	44296027,40	Comisiones Prima (%)	10,00
Otras Comisiones	0,00	Otras Comisiones (%)	0,00
Comisión Bruta	44296027,40		
Prima Total	527122726,00		
Reteica	0,00		
IVA	84162452,00	Estampillas	0,00
Impuestos	0,00		
D.G.S	0,00	F.N.G.	84162452,00
Arbitrio	0,00	I.S.P.S	0,00
Bonificaciones	0,00		

✧ IMPUESTOS COMISIONES

IVA Descontable	-8416245,00	IVA Mayor del Gasto	0,00
ReteICA	442960,00	ReteIVA	62437,00
ReteRENTA	4872563,00	Sombretasa Bomberil	0,00
Suma de Impuestos	-1838285,00		



CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

VICEPRESIDENCIA DE SEGUROS

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se le hacen ya que este cuestionario constituirá parte de la póliza.

SECCIÓN I. SOLICITANTE

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL <u>Hospital Universitario del Valle</u>	NIT <u>890303461-2</u>
DOMICILIO <u>Calle 5 # 36-08</u>	CIUDAD <u>Santiago de Cali</u>
DEPARTAMENTO <u>Valle del Cauca</u>	TELÉFONOS <u>6206000</u>
FAX	E-MAIL <u>Direccion General@huv.gov.co</u>

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIÓNÉLOS A CONTINUACIÓN:

No

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

Irma Torres Castro

4. INDIQUE LA CATEGORÍA DE TIPO DE INSTITUCIÓN (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

<input checked="" type="checkbox"/> ENTIDAD DE GOBIERNO	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
<input type="checkbox"/> ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO	<input type="checkbox"/> ENTIDAD RELIGIOSA	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:

7. SI EXISTEN OTROS ESTABLECIMIENTOS, OPERACIONES SUBSIDIARIAS O UBICACIONES DISTINTAS A LA PRINCIPAL, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

III, IV

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

OTORGADA POR:

FECHA:

FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

9. HA CAMBIADO SU NIVEL DE COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ESPECIFIQUE CUALES Y POR QUÉ:

NO

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

NO

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO

Jefferson Ocaro Montaña

2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Subgerente Ser. Salud</u>	<u>7 años</u>	<u>HUV</u>	<u>Calí</u>	<u>6200000</u>
<u>Dir. Facultad Salud</u>		<u>USACA</u>	<u>Calí</u>	
<u>Subgerente</u>		<u>Eps Oportunidad Vida</u>	<u>Calí</u>	

C. INFORMACIÓN ACERCA DEL ADMINISTRADOR Y/O RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

1. NOMBRE COMPLETO

Irma Torres Castro

2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Gerente General</u>	<u>5 años</u>	<u>Hospital Mario Cordero</u>	<u>Calí</u>	<u>3180020</u>

D. OTRAS FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN

1. ¿CUENTA LA ENTIDAD CON PERSONAS Y/O COMITÉS ENCARGADOS DE REALIZAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES?

A. ADMINISTRACIÓN / PREVENCIÓN DE RIESGOS	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
B. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS A LOS PACIENTES	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C. EVALUACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL CUERPO MÉDICO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
D. ENCARGADO DEL PROGRAMA DE SEGUROS	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

2. CUENTA LA ENTIDAD CON ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO EN LA DEFENSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI ☒ NO ☐**SECCIÓN II. COBERTURA SOLICITADA**

1. VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

2. SUMA ASEGURADA

3. ¿HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ☒ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

- COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS: Allianz
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): _____
- VIGENCIA(S): _____

SECCIÓN III. TIPO DE INSTITUCIÓN☒ PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ OTRA:

<input type="checkbox"/> HOSPITAL GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA	<input type="checkbox"/> HOSPITAL PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> HOSPITAL DE MATERNIDAD H.	<input type="checkbox"/> HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/> CLÍNICA	<input type="checkbox"/> OTRO: _____	

SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL**A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN**

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

1956

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

bloque

NÚMERO DE PISOS

7

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2. ☒ CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS☐ REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN 2018

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

2015

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

1. INDIQUE CON CUALES DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS CUENTA EL EDIFICIO

- ☐ ROCIADORES AUTOMÁTICOS ☒ RESERVA AGUA P/INCENDIO _____ Lts
☐ ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M² ☐ ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
☐ ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
☒ LOCALMENTE ☒ AL CUERPO DE BOMBEROS ☐ DETECTORES DE HUMO ☐ ELÉCTRICOS
☐ SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS
 Especifique: _____

2. ¿EXISTE UN PROGRAMA PARA INSPECCIÓN, MANTENIMIENTO Y PRUEBA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS? SI ☒ NO ☐

A. EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE REALIZA UN REGISTRO POR ESCRITO DE INSPECCIONES, MANTENIMIENTOS Y PRUEBAS? SI ☒ NO ☐

B. EN CASO AFIRMATIVO, ESTAS FUNCIONES SON LLEVADAS A CABO POR:

- ☒ PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN ☒ FIRMA CONTRATADA ☐ PLANTA FUNCIONAL

3. ¿TIENEN TODOS LOS PISOS SALIDAS DE EMERGENCIA? SI ☒ NO ☐

4. ¿EXISTE UN PLAN POR ESCRITO PARA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA? SI ☒ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON QUE FRECUENCIA DE PRACTICA? 2 veces al año

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 3 km.

6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI ☒ NO ☐

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

- ☐ DIURNA ☐ NOCTURNA ☒ 24 HORAS ☐ CON RELOJ ☐ VIDEOFILMACIÓN

7. ¿SE PERMITE FUMAR EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCIÓN? SI ☐ NO ☒

EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE PERMITE QUE LOS PACIENTES INTERNADOS FUMEN EN SUS HABITACIONES SIN SUPERVISIÓN? SI ☐ NO ☒

SECCIÓN V. SERVICIOS PRESTADOS

A. UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS DE INTERNACIÓN DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO

	NÚMERO DE CAMAS HABILITADAS	PROMEDIO ANUAL DE OCUPACIÓN (*)
1. Cuidado intensivo para adultos	46	100%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	28	100%
3. Cunas para recién nacidos	1	100%
4. Rehabilitación / terapia	189.485 CONSULTAS EN EL AÑO	100%
5. Abuso de drogas / alcohol	- 0 -	- 0 -
6. Psiquiatría	22	96%
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	- 0 -	- 0 -
8. Cuidados geriátricos	- 0 -	- 0 -
9. Otras: (especifique)	303 (HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA, ADULTOS, QUEMADOS, CUIDADO INTENSIVO)	98%

(*) El número promedio de camas ocupadas es el número total de días de internación dividido por 365

B. UTILIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SERVICIO / CONSULTORIOS EXTERNOS DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO

	NÚMERO DE PACIENTES
Sala de emergencia	
Cirugía con internación	
Cirugía sin internación (ambulatoria)	
Sala de partos	
Rehabilitación / terapia	
Abuso de drogas / alcohol	
Psiquiatría	
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	
Terapia radiante	
Laboratorio (patología)	
Cardiología	
Otras (especifique):	
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	

NOTA

Una visita se determina como el paso del paciente por el umbral de la puerta de la institución sin importar la cantidad de servicios recibidos durante esa misma visita. Por ejemplo: un médico refiere un paciente al hospital para exámenes de laboratorio y para placas de rayos-x. Esto se contará como UNA sola visita.

C. SERVICIOS ESPECIALES

1. ¿SE LLEVAN A CABO INVESTIGACIONES CLÍNICAS? SI ☐ NO ☒

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INCLUYA COPIA DE LOS PROTOCOLOS QUE DETALLAN EL PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

2. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN UN BANCO DE SANGRE QUE OBTIENE DEL PÚBLICO SANGRE O SUS DERIVADOS? SI ☒ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ ANÁLISIS SE REALIZAN?

3. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN SALA DE GUARDA / EMERGENCIA? SI ☒ NO ☐

SECCIÓN VI. CUERPO MÉDICO

1. ¿SE VERIFICA Y COMPRUEBA LA MATRÍCULA Y DIPLOMA DE LOS MÉDICOS CON ANTELACIÓN A SU EMPLEO O A PARTIR DE SU USO DE LA INSTITUCIÓN Y/O PERSONAL O EQUIPOS?

SI ☒ NO ☐

2. ¿SE REQUIERE A LOS MIEMBROS DE ESTA INSTITUCIÓN QUE TENGAN SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI ☐ NO ☐

3. INDIQUE LA CANTIDAD DE INDIVIDUOS (MÉDICOS, ESPECIALISTAS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS EMPLEADOS DE LA SALUD):

105 MÉDICOS EMPLEADOS

110 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS

____ MÉDICOS NO EMPLEADOS

____ OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

SECCIÓN VII. HISTORIAL DE RECLAMOS

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO ALGUNO DE RECLAMOS PASADOS Y/O PENDIENTES O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO?

SI ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTE UN LISTADO O DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO RELACIONANDO LOS RECLAMOS O HECHOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS:

APELLIDO Y NOMBRE DEL RECLAMANTE	FECHA DE OCURRENCIA	ESTADO: A = ABIERTO T = TERMINADO	DEMANDA S = SI N = NO	FECHA TERMINADO	RESERVA O MONTO PAGADO	DESCRIPCION BREVE

Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una DECLARACIÓN JURADA.

Queda convenido que si concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la Compañía de Seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL x _____

NOMBRE Irne Torres Castro

CARGO Gerente General Hospital Universitario del Valle

ACLARACIÓN _____

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA

Nombre: ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Matrícula No.:	178756-2
Fecha de matrícula en esta Cámara:	14 de agosto de 1986
Último año renovado:	2022
Fecha de renovación:	30 de marzo de 2022

UBICACIÓN

Dirección comercial:	CR 5 # 10 63 PISO 9
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono comercial 1:	3989339
Teléfono comercial 2:	No reportó
Teléfono comercial 3:	No reportó

Dirección para notificación judicial:	CR 5 # 10 63 PISO 9
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico de notificación:	notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono para notificación 1:	No reportó
Teléfono para notificación 2:	No reportó
Teléfono para notificación 3:	No reportó

La sucursal ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1 NO autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Demanda de: ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS
Contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso: ORDINARIO
Documento: Oficio No.496 del 29 de agosto de 2014
Origen: Juzgado 3 Civil Del Circuito Descongestion de Cali
Inscripción: 01 de octubre de 2014 No. 1966 del libro VIII

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Demanda de: FERNEY MARIN MURILLO

Contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Documento: Oficio No. 3823 del 20 de octubre de 2015

Origen: Juzgado 14 Civil Del Circuito De Oralidad de Cali

Inscripción: 18 de noviembre de 2015 No. 2507 del libro VIII

Demanda de: ZAMARA LORENA SALINAS, JULIAN ANDRES ALVAREZ SALINAS, JORGE ALEJANDRO ALVAREZ SALINAS

Contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso: VERBAL RESPONSABILIDAD EXTR.

Documento: Oficio No. 260 del 12 de marzo de 2020

Origen: Juzgado Primero Civil Del Circuito De Oralidad de Cali

Inscripción: 28 de agosto de 2020 No. 783 del libro VIII

Demanda de: PROYECTAR INGENIERIA S.A.S.

Contra: ALLIANZ SEGUROS SA

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (VERBAL-DECLARATIVO)

Documento: Oficio No. 128 del 10 de febrero de 2021

Origen: Juzgado Septimo Civil Del Circuito de Cali

Inscripción: 09 de julio de 2021 No. 1114 del libro VIII

Demanda de: WILSON ENRIQUE SIERRA FORONDA/GRACIELA FORONDA DE SIERRA/MARIA ELENA SIERRA FORONDA/LUZ JACQUELINE SIERRA FORONDA/SANDRA MERCEDES SIERRA FORONDA/HENRY JAIR SIERRA FORONDA

Contra: ALLIANZ SEGUROS SA

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso: VERBAL-RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL

Documento: Oficio No. 612 del 04 de octubre de 2021

Origen: Juzgado Diecinueve Civil Del Circuito de Bogota

Inscripción: 09 de noviembre de 2021 No. 2070 del libro VIII

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROPIETARIO

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS SA
NIT:	860026182 - 5
Matrícula No.:	15517
Domicilio:	Bogota
Dirección:	CR 13 A NO. 29 - 24
Teléfono:	5188801

APERTURA DE SUCURSAL

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

NOMBRAMIENTO(S)

Por Acta No. 691 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 con el No. 1820 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBGERENTE SUCURSAL	ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN	C.C.67004161

Por Acta No. 760 del 02 de diciembre de 2019, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 07 de septiembre de 2021 con el No. 1878 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUCURSAL	BENITO JOSE FERNANDEZ HEIDMAN	C.C.79317757

PODERES

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota, inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 247 del Libro V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMIENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3231 del 14 de agosto de 2007 Notaria Treinta Y Uno de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de septiembre de 2007 con el No. 112 del Libro V , SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No.91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2008 con el No. 132 del Libro V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMIREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS:

A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de julio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 121 del Libro V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA; PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS:

A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMIENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLAE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LA SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTA. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de julio de 2015 con el No. 238 del Libro V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEG0 NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.

3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.

4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.

5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORQUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.

6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.

7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.

8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.

9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE ARBITRAMENTO.

10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.

11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.

12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.

13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.

14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.

15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.

16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS- CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-: SEGUROS GENERALES

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS CASA PRINCIPAL

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS SA

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E.P. 4204 del 01/09/1969 de Notaria Decima de Bogota	15962 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 5319 del 30/10/1971 de Notaria Decima de Bogota	15963 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2930 del 25/07/1972 de Notaria Decima de Bogota	15964 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2427 del 05/06/1973 de Notaria Decima de Bogota	15965 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 1273 del 23/05/1983 de Notaria Decima de Bogota	86893 de 13/08/1986 Libro IX
E.P. 2858 del 26/07/1978 de Notaria Decima de Bogota	1211 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 3511 del 26/10/1981 de Notaria Decima de Bogota	1212 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1856 del 08/07/1982 de Notaria Decima de Bogota	1214 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1491 del 16/06/1983 de Notaria Decima de Bogota	1215 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1322 del 10/03/1987 de Notaria Veintinueve de Bogota	1216 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 3089 del 28/07/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1217 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 4845 del 26/10/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1218 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 2186 del 11/10/1991 de Notaria Dieciseis de Bogota	1219 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1115 del 17/04/1995 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1222 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 5891 del 21/06/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1946 de 26/09/1996 Libro VI
E.P. 1959 del 03/03/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1482 de 24/07/1997 Libro VI
E.P. 0285 del 18/01/2002 de Notaria Veintinueve de Bogota	1493 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 8964 del 04/09/2002 de Notaria Veintinueve de Bogota	1494 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 5562 del 14/05/2003 de Notaria Veintinueve de Bogota	1495 de 30/06/2011 Libro VI

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

E.P. 0997 del 07/02/2005 de Notaria Veintinueve de Bogota	1496 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1903 del 28/05/2008 de Notaria Treinta Y Uno de Bogota	1497 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2736 del 08/04/2010 de Notaria Setenta Y Dos de Bogota	1498 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2197 del 14/07/2010 de Notaria Veintitres de Bogota	1499 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3950 del 16/12/2010 de Notaria Veintitres de Bogota	1500 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3759 del 15/12/1982 de Notaria Decima de Bogota	1501 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 447 del 30/03/1994 de Notaria Cuarenta Y Siete de Bogota	1502 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 9236 del 20/09/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1503 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1572 del 21/02/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1504 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2162 del 07/03/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1505 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1366 del 11/06/1997 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1506 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 6941 del 16/07/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1507 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 12533 del 16/12/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1508 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2432 del 24/09/1998 de Notaria Septima de Bogota	1509 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3298 del 24/12/1998 de Notaria Septima de Bogota	1510 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1203 del 15/06/1999 de Notaria Septima de Bogota	1511 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1131 del 28/06/2000 de Notaria Septima de Bogota	1512 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 6315 del 24/08/2000 de Notaria Veintinueve de Bogota	1513 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 7672 del 02/10/2001 de Notaria Veintinueve de Bogota	1514 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 8774 del 01/11/2001 de Notaria Veintinueve de Bogota	1515 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 10741 del 11/12/2001 de Notaria Veintinueve de Bogota	1516 de 30/06/2011 Libro VI

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Recibo No. 8538341, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08227CKETW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

