



Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL  
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

|                                                        |                             |                                     |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Fecha contabilización del crédito<br><b>2021 03 04</b> | Oficina<br><b>Centro 93</b> | Ciudad<br><b>Bogotá</b>             |
| Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.               | C.C. o NIT: 860.003.020-1   | Vigencia desde<br><b>2021 03 04</b> |
|                                                        |                             | Vigencia hasta                      |

|                                                      |                                   |                                          |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Datos del Asegurado</b>                           |                                   |                                          |
| Nombres y Apellidos<br><b>María Victoria Rojas S</b> | Identificación<br><b>41641034</b> | Edad<br><b>66</b>                        |
| Dirección<br><b>Calle 11 #1A-95 Torre 2 Apto 206</b> | Teléfono<br><b>315 380 59 32</b>  | Ciudad<br><b>Chia</b>                    |
| Fecha de nacimiento<br><b>05-08-54</b>               | Genero<br><b>X</b>                | Ocupación/Profesión<br><b>RELSIONADA</b> |

| Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo) |            |                 |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| Nombres Completos e Identificación                                     | Parentesco | % Participación |
|                                                                        |            |                 |
|                                                                        |            |                 |
|                                                                        |            |                 |
|                                                                        |            |                 |
|                                                                        |            |                 |

|                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Información Adicional</b>                                                                                                                |  |
| Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: <b>Alcance Salud</b>                                                                    |  |
| ¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <b>Colmedica</b> |  |
| Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas                                 |  |

| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)                                                                                                                                                                        |                      |                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Estatura<br><b>1.50</b> cms                                                                                                                                                                                            | Peso<br><b>48</b> Kg | Si                                  | No                                  |
| ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía? |                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?                                                                                                                                                         |                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?                                                                                                                                                                    |                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| ¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?                                                                                                                                                                            |                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?                                                                                                                                         |                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:<br><b>apendicitis en el año 2010</b> |
|                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                        |

\* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>No firme esta solicitud sin leer este texto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima 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 por ocasión de la expedición del contrato". En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse. |

*María Victoria Rojas S*  
Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en **Bogotá** a los **26** días del mes de **ENERO** de **2021**

*María Victoria Rojas S*  
Firma del Solicitante

*[Firma Autorizada]*  
Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385, e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co)

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

| Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco) |                  |                                                                      |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Tasa<br>%                                            | Extra Prima<br>% | Anexo ITP<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO |
| Prima Mensual<br>\$                                  | Periodicidad     |                                                                      |                                         |



M026300105180604179621886118

## **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCASEGUROS**

### **AMPARO BÁSICO**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

### **EXCLUSIONES**

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR**

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO**

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

#### **CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS**

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, “LA COMPAÑÍA” concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, “LA COMPAÑÍA” tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y “LA COMPAÑÍA” quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

#### **CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS**

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

#### **CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

Si el Tomador avisa por escrito a “LA COMPAÑÍA” para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por “LA COMPAÑÍA” o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a “LA COMPAÑÍA” todas las primas adeudadas en esa fecha.

“LA COMPAÑÍA” devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD**

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

#### **CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

#### **CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN**

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD**

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD**

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de “LA COMPAÑÍA”, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por “LA COMPAÑÍA”.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

“LA COMPAÑÍA” o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a “LA COMPAÑÍA” dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado, tomador o beneficiario podrá reportar en línea el siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com  
Línea nacional: 018000934020  
Línea en Bogotá: 3078080

Si el siniestro se reporta por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad, el asunto del correo se debe identificar como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo se debe hacer una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que asiste, el asegurado, tomador o beneficiario deberá brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Hipotecario:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

ITT: Copia de cada una de las incapacidades temporales superiores a 15 días

Leasing Habitacional:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES**

“LA COMPAÑÍA” pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante “LA COMPAÑÍA”. Vencido este plazo, “LA COMPAÑÍA” reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a “LA COMPAÑÍA” las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que “LA COMPAÑÍA” esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de “LA COMPAÑÍA”, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, “LA COMPAÑÍA” podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

“LA COMPAÑÍA” pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN**

“LA COMPAÑÍA” se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN**

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA-  
NOTIFICACIONES**

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA- PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas de las parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA-  
DISPOSICIONES LEGALES**

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA-  
OBLIGACIONES DEL TOMADOR /  
ASEGURADO**

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA-  
DOMICILIO**

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

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

**1. AMPAROS**

**1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

**2. CONVERTIBILIDAD**

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.



## ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

Por convenio entre “LA COMPAÑÍA” y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

### AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

### CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

### CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

### CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.

Señores:

**CLINICA DE MARLY S.A.**

[estadística.paciente@clinicademarly.com.co](mailto:estadística.paciente@clinicademarly.com.co)

[protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co)

E. S. D.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado **BBVA. SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** tal y como consta en el poder que reposa en el expediente y se adjunta, en ejercicio del DERECHO DE PETICIÓN consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

## I. PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al JUZGADO CUARENTA Y TRES (43) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C., con destino al proceso con radicación No. 11001-31-03-043-~~2024-~~**00153**-00, copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica de la señora MARIA VICTORIA ROJAS SANCHEZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 41.641.034 Desde el año 2010 hasta el año 2021. Lo anterior, como quiera que son la IPS de la señora Rojas Sánchez, y en ese sentido pueden de primera mano contar con la historia clínica de la paciente. Razón por la que solicito aporte la misma al proceso correspondiente.

## II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado Cuarenta y Tres (43) Civil del Circuito de Bogotá D.C. ([ccto43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co))

## III. ANEXOS

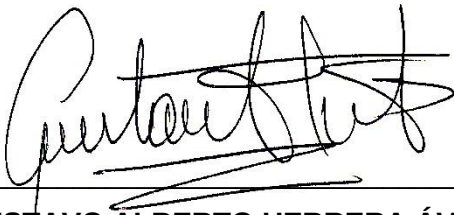
- Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros Colombia S.A.



#### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Calle 69 No. 4 -48, Oficina 502 de la ciudad de Bogotá y en la dirección de correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

## DERECHO DE PETICION SOLICITUD HISTORIA CLINICA // MARIA VICTORIA ROJAS SANCHEZ // CEFZ

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 28/05/2024 8:38

Para:protecciondedatos@clinicademarly.com.co <protecciondedatos@clinicademarly.com.co>;  
estadística.paciente@clinicademarly.com.co <estadística.paciente@clinicademarly.com.co>  
Cco:Carlos Esteban Franco Zuluaga <cfranco@gha.com.co>

📎 3 archivos adjuntos (602 KB)

PODER CASO MÓNICA MARÍA VELA ROJAS.pdf; SUPER VIDA RL MAYO 9-2024 (1).pdf; DERECHO DE PETICION HISTORIA CLINICA MARIA VICTORIA ROJAS - CLINICA MARLY.pdf;

Señores:

**CLINICA DE MARLY S.A.**

[estadística.paciente@clinicademarly.com.co](mailto:estadística.paciente@clinicademarly.com.co)

[protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co)

E. S. D.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVIL**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado **BEB. SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** tal y como consta en el poder que reposa en el expediente y se adjunta, en ejercicio del DERECHO DE PETICIÓN consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de solicitar copia de historia clínica de acuerdo a lo indicado en documento adjunto.

Atentamente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVIL**

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

# NOTIFICACIONES

E- mail: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075



**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

28/5/24, 8:39 a.m.

Correo: Notificaciones GHA - Outlook

**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

**Re: DERECHO DE PETICION SOLICITUD HISTORIA CLINICA // MARIA VICTORIA ROJAS SANCHEZ // CEFZ**

Susana Sanchez (Enfermera Referente Seguridad del Paciente) Clínica de Marly Jorge Cavelier Gaviria  
<seguridadpaciente@marlyjcg.com.co>

Vie 31/05/2024 11:56

Para:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

No suele recibir correos electrónicos de seguridadpaciente@marlyjcg.com.co. [Por qué esto es importante](#)

Buen día

Señor

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

Muy atentamente solicitamos anexar la autorización de la paciente para el acceso de la historia clinica teniendo en cuenta que la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede revelarse a un tercero previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Quedo atenta a sus comentarios.



Remitente notificado con  
[Mailtrack](#)

El mié, 29 may 2024 a las 10:13, Enfermera Calidad (<[enfermera.calidad@clinicademarly.com.co](mailto:enfermera.calidad@clinicademarly.com.co)>) escribió:  
Susana

Buenos días,

Copio correo para trámite respectivo, paciente atendido en Clínica Marly Chia

Cordial saludo,

**ISABEL TINOCO BRICEÑO**

Coordinadora de Calidad

571 3436600 Ext. 2607

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

De: **Protección de Datos Clínica de marly** <[protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co)>

Date: mar, 28 may 2024 a las 9:35

Subject: Fwd: DERECHO DE PETICION SOLICITUD HISTORIA CLINICA // MARIA VICTORIA ROJAS SANCHEZ // CEFZ

To: Enfermera Calidad <[enfermera.calidad@clinicademarly.com.co](mailto:enfermera.calidad@clinicademarly.com.co)>

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

De: **Notificaciones GHA** <[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)>

Date: mar, 28 may 2024 a las 8:39

Subject: DERECHO DE PETICION SOLICITUD HISTORIA CLINICA // MARIA VICTORIA ROJAS SANCHEZ // CEFZ  
To: [protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co) <[protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co)>,  
estadística.paciente@clinicademarly.com.co <[estadística.paciente@clinicademarly.com.co](mailto:estadística.paciente@clinicademarly.com.co)>

Señores:

**CLINICA DE MARLY S.A.**

[estadística.paciente@clinicademarly.com.co](mailto:estadística.paciente@clinicademarly.com.co)

[protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co)

E. S. D.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado **BEVA. SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** tal y como consta en el poder que reposa en el expediente y se adjunta, en ejercicio del DERECHO DE PETICIÓN consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de solicitar copia de historia clínica de acuerdo a lo indicado en documento adjunto.

Atentamente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

# NOTIFICACIONES

E- mail: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075



**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

--

Oficial de Protección de Datos  
Clinica de Marly S.A.

**CLÍNICA DE MARLY S.A.**

Calle 50 N° 9 - 67

Bogotá D.C., Colombia

[www.marly.com.co](http://www.marly.com.co)**ADVERTENCIA SOBRE CONFIDENCIALIDAD**

La información contenida en este correo electrónico, incluyendo sus anexos, está dirigida exclusivamente a su destinatario y puede contener datos de carácter confidencial protegidos por la ley. Si usted no es el destinatario de este mensaje por favor infórmenos y elimínalo a la mayor brevedad. Cualquier retención, difusión, distribución, divulgación o copia de éste mensaje es prohibida y será sancionada por la ley.

La "CLINICA DE MARLY S.A. y la CLINICA DE MARLY JORGE CAVELIER GAVIRIA" le informa que en virtud de lo establecido en la ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales usted tiene derecho a solicitar al emisor de este mensaje o al correo [protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co), la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los datos personales incluidos en su base de contactos.

**CLÍNICA DE MARLY S.A.**

Calle 50 N° 9 - 67

Bogotá D.C., Colombia

[www.marly.com.co](http://www.marly.com.co)**ADVERTENCIA SOBRE CONFIDENCIALIDAD**

La información contenida en este correo electrónico, incluyendo sus anexos, está dirigida exclusivamente a su destinatario y puede contener datos de carácter confidencial protegidos por la ley. Si usted no es el destinatario de este mensaje por favor infórmenos y elimínalo a la mayor brevedad. Cualquier retención, difusión, distribución, divulgación o copia de éste mensaje es prohibida y será sancionada por la ley.

La "CLINICA DE MARLY S.A. y la CLINICA DE MARLY JORGE CAVELIER GAVIRIA" le informa que en virtud de lo establecido en la ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales usted tiene derecho a solicitar al emisor de este mensaje o al correo [protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co), la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los datos personales incluidos en su base de contactos.

--

**SUSANA SANCHEZ**

Jefe de Enfermería Seguridad del Paciente

**CLÍNICA DE MARLY JORGE CAVELIER GAVIRIA S.A.S.**

Avenida Paseo de los Zipas Vereda Bojacá Lotes 21 y 23

57 1 6532000 Ext. 7312

Chía (Cundinamarca), Colombia

[seguridadpaciente@marlyjcg.com.co](mailto:seguridadpaciente@marlyjcg.com.co)**ADVERTENCIA SOBRE CONFIDENCIALIDAD**



La información contenida en este correo electrónico, incluyendo sus anexos, está dirigida exclusivamente a su destinatario y puede contener datos de carácter confidencial protegidos por la ley. Si usted no es el destinatario de este mensaje por favor infórmenos y elimínalo a la mayor brevedad. Cualquier retención, difusión, distribución, divulgación o copia de éste mensaje es prohibida y será sancionada por la ley.

La "CLINICA DE MARLY S.A. y la CLINICA DE MARLY JORGE CAVELIER GAVIRIA" le informa que en virtud de lo establecido en la ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales usted tiene derecho a solicitar al emisor de este mensaje o al correo [protecciondedatos@clinicademarly.com.co](mailto:protecciondedatos@clinicademarly.com.co), la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los datos personales incluidos en su base de contactos.

Señores:

**ALIANSA SALUD E.P.S. S.A.**

[notificacionesjudiciales@aliansalud.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@aliansalud.com.co)

[oficinavirtual@aliansalud.com.co](mailto:oficinavirtual@aliansalud.com.co)

E. S. D.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado **BBVA. SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** tal y como consta en el poder que reposa en el expediente y se adjunta, en ejercicio del DERECHO DE PETICIÓN consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

## I. PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al JUZGADO CUARENTA Y TRES (43) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C., con destino al proceso con radicación No. 11001-31-03-043-~~2024-~~**00153**-00, copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica de la señora MARIA VICTORIA ROJAS SANCHEZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 41.641.034 Desde el año 2010 hasta el año 2021. Lo anterior, como quiera que son la EPS de la señora Rojas Sánchez, y en ese sentido pueden de primera mano contar con la historia clínica de la paciente. Razón por la que solicito aporte la misma al proceso correspondiente.

## II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado Cuarenta y Tres (43) Civil del Circuito de Bogotá D.C. ([ccto43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co))

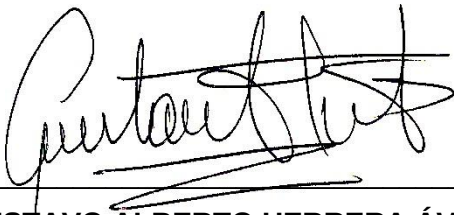
## III. ANEXOS

- Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros Colombia S.A.

#### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Calle 69 No. 4 -48, Oficina 502 de la ciudad de Bogotá y en la dirección de correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

**DERECHO DE PETICION SOLICITUD HISTORIA CLINICA // MARIA VICTORIA ROJAS SANCHEZ//  
CEFZ**

Notificaciones GHA &lt;notificaciones@gha.com.co&gt;

Mar 28/05/2024 8:35

Para:oficinavirtual@aliansalud.com.co &lt;oficinavirtual@aliansalud.com.co&gt;;notificacionesjudiciales@aliansalud.com.co

&lt;notificacionesjudiciales@aliansalud.com.co&gt;

Cco:Carlos Esteban Franco Zuluaga &lt;cfranco@gha.com.co&gt;

 3 archivos adjuntos (602 KB)

PODER CASO MÓNICA MARÍA VELA ROJAS.pdf; SUPER VIDA RL MAYO 9-2024 (1).pdf; DERECHO DE PETICION HISTORIA CLINICA MARIA VICTORIA ROJAS - ALIANSALUD.pdf;

Señores:

**ALIANSALUD E.P.S. S.A.**[notificacionesjudiciales@aliansalud.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@aliansalud.com.co)[oficinavirtual@aliansalud.com.co](mailto:oficinavirtual@aliansalud.com.co)

E. S. D.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVIL**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado **BEB. SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** tal y como consta en el poder que reposa en el expediente y se adjunta, en ejercicio del DERECHO DE PETICIÓN consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de solicitar copia ed historia clínica de acuerdo a lo indicado en documento adjunto.

Atentamente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVIL**

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

# NOTIFICACIONES

E- mail: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

28/5/24, 8:36 a.m.

Correo: Notificaciones GHA - Outlook

**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments



Señores

**JUZGADO (43) CUARENTA Y TRES CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

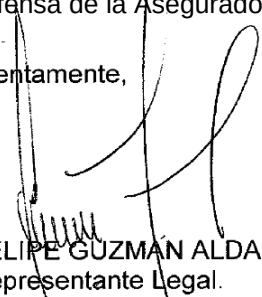
E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL  
**RADICADO:** 11001 31 03 043 2024 00153 00  
**DEMANDANTE:** MÓNICA MARÍA VELA ROJAS  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTROS

**FELIPE GUZMÁN ALDANA**, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 93.086.122, en mi calidad de Representante Legal como Primer Suplente del Presidente de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, comedidamente manifiesto que en esa calidad confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, abogado en ejercicio, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con la siguiente dirección de correo electrónico inscrita en el Registro Nacional de Abogados [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co), para que actuando en nombre de dicha sociedad la represente en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, del mandamiento de pago, los conteste, interponga recursos, descorra el traslado de los que interponga la parte actora o los demás convocados, proponga excepciones, solicite la práctica de las pruebas que se pretendan hacer valer dentro del proceso, y en general, para realice todas las actuaciones inherentes a su calidad.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

Atentamente,

  
FELIPE GUZMAN ALDANA  
Representante Legal.

**BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

Acepto,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**  
**C.C. 19.395.114**  
**T.P. 39.116.**  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

PODER: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A - DTE: MÓNICA MARÍA VELA ROJAS -  
RAD: 11001 31 03 043 2024 00153 00

danielaalejandra.lombana.contractor@bbva.com

<danielaalejandra.lombana.contractor@bbva.com>

en nombre de

JUDICIALES SEGUROS – COLOMBIA (BZG16062) <judicialesseguros@bbva.com>

Jue 23/05/2024 18:54

Para:ccto43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <ccto43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (452 KB)

PODER CASO MÓNICA MARÍA VELA ROJAS.pdf; SUPER VIDA RL MAYO 9-2024 (1).pdf;

Señores

**JUZGADO (43) CUARENTA Y TRES CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

E. S. D.

|                    |                                            |
|--------------------|--------------------------------------------|
| <b>REFERENCIA:</b> | VERBAL                                     |
| <b>RADICADO:</b>   | 11001 31 03 043 2024 00153 00              |
| <b>DEMANDANTE:</b> | MÓNICA MARÍA VELA ROJAS                    |
| <b>DEMANDADOS:</b> | BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTROS |

**FELIPE GUZMÁN ALDANA**, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 93.086.122, en mi calidad de Representante Legal como Primer Suplente del Presidente de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, comedidamente manifiesto que en esa calidad confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, abogado en ejercicio, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con la siguiente dirección de correo electrónico inscrita en el Registro Nacional de Abogados [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co), para que actuando en nombre de dicha sociedad la represente en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, del mandamiento de pago, los conteste, interponga recursos, descorra el traslado de los que interponga la parte actora o los demás convocados, proponga excepciones, solicite la práctica de las pruebas que se pretendan hacer valer dentro del proceso, y en general, para realice todas las actuaciones inherentes a su calidad.

**Certificado Generado con el Pin No: 3812942386656529**

Generado el 09 de mayo de 2024 a las 14:46:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA**

**NIT: 800240882-0**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPAÑIA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 2386 del 04 de noviembre de 1994

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la

**Certificado Generado con el Pin No: 3812942386656529**

Generado el 09 de mayo de 2024 a las 14:46:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
 HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. **FUNCIONES DEL PRESIDENTE.** El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices impartidas por la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. Las demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatutaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaría 32 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| <b>NOMBRE</b>                                                             | <b>IDENTIFICACIÓN</b> | <b>CARGO</b>                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Marco Alejandro Arenas Prada<br>Fecha de inicio del cargo: 24/08/2023     | CC - 93236799         | Presidente                                                                  |
| Hernan Felipe Guzman Aldana<br>Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014      | CC - 93086122         | Primer Suplente del Presidente                                              |
| Maria Elena Torres Colmenares<br>Fecha de inicio del cargo: 11/01/2024    | CC - 52011890         | Segundo Suplente del Presidente                                             |
| Hernan Felipe Guzman Aldana<br>Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013      | CC - 93086122         | Secretario General                                                          |
| José Daniel Sanabria Lozano<br>Fecha de inicio del cargo: 16/02/2023      | CC - 79368684         | Representante Legal Suplente                                                |
| Maribel Sandoval Varon<br>Fecha de inicio del cargo: 11/04/2024           | CC - 52087519         | Representante Legal Judicial                                                |
| Alexandra Elias Salazar<br>Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016          | CC - 53139838         | Representante Legal Judicial                                                |
| Carlos Mario Garavito Colmenares<br>Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019 | CC - 80090447         | Representante Legal Judicial                                                |
| Maria Carolina Vanegas Pineda<br>Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016    | CC - 52416119         | Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos                       |
| Mariana Gil Escobar<br>Fecha de inicio del cargo: 01/02/2024              | CC - 52862952         | Representante Legal en calidad de Director de Operaciones e Indemnizaciones |

**Certificado Generado con el Pin No: 3812942386656529**

Generado el 09 de mayo de 2024 a las 14:46:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**RAMOS:** Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.



**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ**  
**SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."