

Señores:

SUPER INTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Ciudad.

E. S. D.

Ref. : Respuesta auto 12-12, inadmisión demanda

Radicación: 2024175796-003-000

CARLOS ALBERTO CASTELLANOS PEREZ, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía número **85.467.584** expedida en la ciudad de Santa Marta y portador de la Tarjeta Profesional Número **232647** Del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **57.438.840** Expedida en Santa Marta (Magdalena),, acudo a su Despacho, con el fin de subsanar demanda en los siguientes términos:

PRIMERO: Mediante correo electrónico de fecha 28 de octubre del 2024 solicite a EQUIDAD SEGUROS al correo intermediarios@laequidadsefuros.coop , la activación de la póliza que cubre el crédito de libranza **SF-175642**, sin obtener una respuesta por parte de la demanda a la fecha, la solicitud y prueba del envío del correo fue anexada en la demanda que antecede este escrito.

SEGUNDO: Estimo bajo la gravedad del juramento, que una vez presentada la solicitud escrita a EQUIDAD SEGUROS al correo antes mencionado, no he recibido respuesta por parte de la demandada como tampoco constancia de recibido lo anterior en atención a lo establecido en el Numeral 5 del Artículo 58, de la Ley 1480 de 2011.

Anexos: las enunciadas con anterioridad.

Cordialmente,



CARLOS ALBERTO CASTELLANOS PEREZ
C.C. No 85.467.584 de Santa Marta
T.P. No 232647 C.S. de la J.

Santa Marta, 28 de Octubre de 2.024

Señores:

EQUIDAD SEGUROS

E. S. D.

ASUNTO: Solicitud de activación de Póliza.

REFERENCIA: Póliza obligación

Derecho de petición Artículo 23 Constitución Política de 1991, Ley 1755 del 2015 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición.

NELSY AMELIA IBARRA BARROS, identificado con Cédula de Ciudadanía **No. 57.438.840**, respetuosamente me permito interponer el siguiente Derecho de petición, para que se resuelva en los términos de ley, de acuerdo con los siguientes hechos:

I. HECHOS

1. El día 27 de julio de 2.022, realice crédito de libranza con la entidad SOLFINANZAS el cual fue asignado con el No. **SF-175642, por un monto de (Treinta y siete millones cuatrocientos setenta y nueve mil doscientos cuatro pesos) \$37.479.204.**
2. Por precitada póliza se pagó la suma de **\$ 441.181 pesos**
3. El día 14 de febrero de 2.024, me realizaron la Junta Medico Laboral **No. 074-IJPL-2024**, por parte del FONDE de Prestaciones Sociales del Magisterio, **dictaminando una Disminución de perdida de la Capacidad Laboral del 100%**, situación que me causa una disminución en mis ingresos económicos, al no poder competir en el mercado laboral, llevándome a depender únicamente de la mesada pensional, la cual se torna insuficiente teniendo en cuenta mis obligaciones económicas producto de costear los estudios de mi menor hijo.

4. Por lo anterior me dirijo a esta entidad de manera cordial y respetuosa a fin de que realice el amparo de la póliza de seguro de vida **de la obligación Nro. SF-175642** , por **“Cobertura de Incapacidad Total y Permanente, del 100% de la pérdida de la capacidad laboral”**

II. PRETENCION:

1. Antes estos hechos, solicito respetuosamente se me active la cobertura individual de la póliza de seguro de vida de la obligación antes descrita,

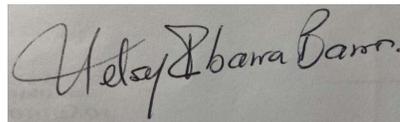
2. III. ANEXO

- Fotocopia cedula de ciudadanía.
- Copia de Dictamen médico Laboral.

IV. NOTIFICACION

Recibiré notificaciones en Santa Marta, Carrera 33 Nro. 19-17, celular 313-4717896, correo electrónico ibarrabarros.nelsy@gmail.com , autorizo ser notificada por correo electrónico de cualquier información concerniente a esta demanda

Cordialmente,



NELSY AMELIA IBARRA BARROS

C.C. No. 57.438.840 Expedida en santa marta

2:13

LTE 63



solfinamzas



mí 28 de oct.
para intermediarios



Muy respetuosamente me dirijo a ustedes para realizar la respectiva reclamación de la póliza de seguros adquirida por la entidad solfinamzas

Solicitud
Activacion poli...
W Documento

CamScanner
18-06-2024 16...
PDF PDF

Certificacion de
invalidez 1.pdf
PDF PDF



mí 31 de oct.
para intermediarios



----- Mensaje reenviado -----
De: **NAIB IBAN** <ibarrabarros.nelsy@gmail.com>
Fecha: El lun, 28 oct. 2024 a la(s) 10:32 p.m.
Asunto: Reclamación de póliza de seguros con la entidad solfinamzas
Para: <intermediarios@laequidadsefuros.coop>

...

Solicitud
Activacion poli...
W Documento

CamScanner
18-06-2024 16...
PDF PDF

Certificacion de
invalidez 1.pdf
PDF PDF



Responder



Reenviar

