

RECURSO DE REPOSICION / RADICADO: 68679408900120210027800 / DTE FUNDACIÓN DE LA MUJER COLOMBIA S.A.S

Yurley Vargas Mendoza <yurley.vargas@fundaciondelamujer.com>

Mié 15/12/2021 9:39

Para: Juzgado 01 Promiscuo Municipal - Santander - San Gil <j01prmsgil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

REF: PROCESO EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA DE FUNDACIÓN DE LA MUJER COLOMBIA S.A.S. CONTRA: DIANA YAMILE ARGUELLO ALVAREZ

cordial saludo,

Encontrándome dentro del término me permito interponer ante su despacho RECURSO DE REPOSICIÓN contra el MANDAMIENTO DE PAGO proferido dentro del proceso de la referencia.

quedo atenta a cualquier requerimiento,

Cordialmente,

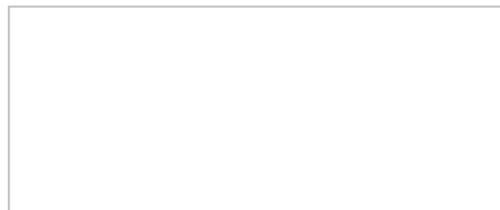
Yurley Vargas Mendoza

Analista de Cartera Jurídica

Tel. 3203332432

Calle 36 # 13-73 piso 3

Bucaramanga/Santander

**Por favor considere su responsabilidad ambiental antes de imprimir este correo electrónico**

"El contenido de este correo y sus anexos es información de tipo confidencial y privilegiada por lo cual es de uso exclusivo de los destinatarios, si usted no es uno de ellos, debe tener en cuenta que el uso, reproducción y/o transmisión de la información contenida en el comunicado está prohibida. Si ha recibido este correo por error, le solicitamos amablemente lo pueda comunicar por medio electrónico o de forma telefónica y proceda a su eliminación."

Por favor considere su responsabilidad ambiental antes de imprimir este correo electrónico

"El contenido de este correo y sus anexos es información de tipo confidencial y privilegiada por lo cual es de uso exclusivo de los destinatarios, si usted no es uno de ellos, debe tener en cuenta que el uso, reproducción y/o transmisión de la información contenida en el comunicado está prohibida. Si ha recibido este correo por error, le solicitamos amablemente lo pueda comunicar por medio electrónico o de forma telefónica y proceda a su eliminación."

SEÑOR.

JUZGADO PRIMERO PROMISCUO MUNICIPAL SAN GIL

E.

S.

D.

REFERENCIA:	PROCESO EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA
ASUNTO:	RECURSO DE REPOSICIÓN.
DEMANDANTE:	FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA S.A.S.
DEMANDADOS:	DIANA YAMILE ARGUELLO ALVAREZ
RADICADO	68679408900120210027800

YURLEY VARGAS MENDOZA mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.098.604.294 de Bucaramanga, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional número 294.295 del Consejo Superior de la Judicatura, con canal digital para notificaciones personales al correo electrónico yurley.vargas@fundaciondelamujer.com, teléfono 3203332432, domicilio en la Calle 36 # 13-73, tercer piso del municipio de Bucaramanga (Sder) obrando en el presente proceso en representación de mi poderdante **FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA S.A.S.**, identificada con Nit. 901.128.535-8, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con Nit. 901.128.535-8, domiciliada en Bogotá D.C., representada legalmente por **YUDY SALETH RANGEL PABON**, mayor de edad, domiciliada y residente en Bucaramanga, identificada con la Cédula de Ciudadanía Número 63.534.747 expedida en Bucaramanga, según consta en la escritura número 5474 del quince (15) de Diciembre de 2017 de la Notaría Segunda de Bucaramanga, e inscrito en el certificado de existencia y representación legal expedido por cámara de comercio de Bogotá; por medio del presente escrito me permito:

Interponer **RECURSO DE REPOSICIÓN** conforme al artículo 318 C.G.P contra el auto que LIBRA MANDAMIENTO DE PAGO del día 13 DE DICIEMBRE DE 2021 Y notificado en estados el día 14 DE DICIEMBRE 2021, mediante el cual su despacho NIEGA el mandamiento de pago por la suma de \$18.031, por concepto de póliza de seguro del crédito, correspondientes a la pretensión QUINTA, del escrito de demanda.

HECHOS

PRIMERO: El 13 DE DICIEMBRE DE 2021, su despacho profirió auto que ordena **LIBRAR MANDAMIENTO EJECUTIVO** a favor de **FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA SAS.**, identificada con el **NIT No. 901.128.535-8** y en contra de **DIANA YAMILE ARGUELLO ALVAREZ**.

SEGUNDO: Conforme la providencia en mención, negó la petición QUINTA que trata así:

“**QUINTO.-** Por concepto de póliza de seguro del crédito tomada por los hoy demandados, la suma de **DIECIOCHO MIL TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$18.031)**, de acuerdo a la cláusula cuarta del título base de ejecución..”

TERCERO: El despacho manifiesta que ..“**SEXTO: NEGAR** el mandamiento de pago por la suma de \$18.031, por concepto de póliza de seguro del crédito, comoquiera que conforme al tenor literal del pagaré dicha suma de dinero y/o concepto no fue establecido en el cartular ni en la cláusula cuarta.”.

FUNDAMENTOS FÁCTICOS

En pro de despejar toda duda del despacho, procedo a explicar en qué consisten los valores solicitados en las pretensiones QUINTA puesto que **SI ESTÁN EN EL CLAUSULADO DEL PAGARÉ** y tienen su origen en diferente punto contractual:

PRETENSIÓN QUINTA-CONCEPTO DE PÓLIZAS DE SEGUROS.

En cuanto, a la pretensión **QUINTA** que trata de póliza de seguros, corresponden a **valores accesorios**, conforme a la cláusula cuarta del título base de ejecución, se autoriza exigir el pago de los seguros adquiridos como garantía de pago del crédito, póliza tomada al momento de la celebración del contrato de mutuo comercial, en razón a que dichas pólizas de seguros fungen como obligaciones accesorias a la obligación principal.

esta refiere a la póliza tomada y dada como respaldo de pago del crédito, la cual se encuentra liquidada en el valor de la cuota mensual a pagar y de la que a la fecha aún hay un saldo pendiente por pago.

Los señores decidieron asegurar el microcrédito que al día de hoy se encuentra pendiente por pago.

Los cual fue solicitado en la “PRETENSIÓN QUINTA” la cual a la fecha adeuda como prima la suma **DIECIOCHO MIL TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$18.031)**, autorizada por la **cláusula cuarta del título base de ejecución** para realizar ese cobro en esta demanda;

(...)Cláusula Cuarta del Pagaré No. 113160213542- La **FUNDACIÓN DELAMUJER** o quien represente sus derechos, queda **autorizada** para declarar **vencido** el plazo estipulado y **exigir inmediatamente el pago de la totalidad de las obligaciones presentes o futuras, incluido capital, intereses, comisiones, honorarios y demás accesorios, en los siguientes casos...(...)**

Así mismo, *dichas prestaciones fueron solicitadas con base en el clausulado del pagaré, **CLÁUSULA TERCERA Y CUARTA*** ya que dichas cláusulas facultan a mi representada a ejercer su derecho y exigir el cobro de las obligaciones, lo anterior conforme la normatividad vigente como lo es el Código de Comercio, así como el mismo pagaré en su clausulado y las obligaciones accesorias surgidas dentro de la parte inicial del negocio jurídico, como en el contrato de mutuo.

Así las cosas, se aclara al despacho que los conceptos solicitados en las pretensiones QUINTA tienen sustenta tanto en la normatividad vigente, así como en el mismo título base de ejecución, pues su clausulado como ya se demostró faculta a mi poderdante a exigir el pago de todas las obligaciones pendientes por ser canceladas, **de manera independiente al capital, por cuanto sobre estos valores no se debe cobrar intereses y se estarían capitalizando conceptos no capitalizables.**

Por consiguiente, encontrándome dentro del término, solicito a su despacho las siguientes,

PETICIONES

PRIMERO: Solicito respetuosamente se **REPONGA** el **AUTO DE MANDAMIENTO DE PAGO EN SU NUMERAL SEXTO** de fecha 13 DE DICIEMBRE DE 2021 y notificado en estados el 14 DE DICIEMBRE DE 2021, en razón que su despacho en dicha providencia NO concedió el mandamiento de pago solicitado respecto de **PÓLIZA DE SEGURO** correspondientes a las pretensiones QUINTA del escrito de demanda a favor de **FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA SAS.**, identificada con el NIT No. 901.128.535 - 8 y en contra de **DIANA YAMILE ARGUELLO ALVAREZ** .

SEGUNDO: Se **LIBRE MANDAMIENTO DE PAGO** a favor de **FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA SAS.**, identificada con el NIT No. 901.128.535 - 8 y en contra de **DIANA YAMILE ARGUELLO ALVAREZ** , por:

QUINTO.- Por concepto de póliza de seguro del crédito tomada por los hoy demandados, la suma de **DIECIOCHO MIL TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$18.031)**, de acuerdo a la cláusula cuarta del título base de ejecución.

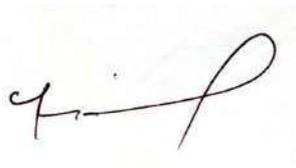
NOTIFICACIONES PERSONALES

Para efectos de notificaciones, solicito sean aplicadas conforme al trámite especial al Decreto 806 de 2020, téngase en cuenta las siguientes direcciones:

FUNDACIÓN DELAMUJER: Km 7 +400 Anillo vial, vía Girón - Floridablanca No. 22 - 31 Bodega 94
CENTRO INDUSTRIAL Y LOGÍSTICA SAN JORGE.
Email: notificacionesjudiciales@fundaciondelamujer.com

APODERADA PARTE DEMANDANTE: Calle 36 N. 13-73 , tercer piso del municipio de Bucaramanga.-
Santander.
Email: yurley.vargas@fundaciondelamujer.com , Teléfono: 3203332432
Correo electrónico registrado en Registro Nacional de Abogados.

Atentamente,



YURLEY VARGAS MENDOZA

Apoderada parte demandante.

T.P. 294.295 de C.S. de la Judicatura.

C.C. 1.098.604.294 de Bucaramanga - Santander.

113 161029988



CERTIFICADO No.

1446532

Voluntario

Deudores

DATOS DEL TOMADOR

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN DELAMUJER

NIT: 890.212.341-6

AGENCIA: 113

CIUDAD: San Gil

DATOS DEL ASEGURADO / TITULAR DEL CRÉDITO

NOMBRE DEL ASEGURADO: Diana Yamile Arqueño

CÉDULA: 63476.835

DIRECCIÓN: Calle 6 # 8-62

FECHA DE NACIMIENTO: 05 05 1984

PLAN ELEGIDO: Vida Mujer OPCIÓN: Plan 1 CIUDAD: Magoka

DEPARTAMENTO: Santander

DATOS DEL SEGUNDO ASEGURADO / CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE (Solo en caso de Asegurar(a))

NOMBRE DEL ASEGURADO:

CÉDULA:

DIRECCIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AA

PLAN ELEGIDO: OPCIÓN: CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%
Juan Diego Servano	Hijo	100

BENEFICIARIO DEL SEGUNDO ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%

COBERTURAS Y PLANES MICROSEGUROS SOLO PARA VIDA GRUPO VOLUNTARIO

MARQUE CON UNA X EL PLAN ESCOGIDO

PLAN VIDA MUJER

SOLO MUJERES TITULARES DE 18 A 50 AÑOS

PLAN VIDA FAMILIAR

OTROS ASEGURADOS

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Muerte	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Invalidez	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Anticipo Enfermedades Graves	\$ 2.500.000	\$ 3.500.000	\$ 5.000.000	\$ 7.500.000
Auxilio de Maternidad	\$ 600.000	\$ 840.000	\$ 1.200.000	\$ 1.800.000
Auxilio Recién Nacido	\$ 400.000	\$ 560.000	\$ 800.000	\$ 1.200.000
Valor Total Asegurado	\$ 6.000.000	\$ 8.400.000	\$ 12.000.000	\$ 18.000.000
Prima Mensual	<input checked="" type="checkbox"/> \$ 3.145	<input type="checkbox"/> \$ 4.405	<input type="checkbox"/> \$ 6.290	<input type="checkbox"/> \$ 9.435

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Muerte	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Invalidez	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Anticipo Enfermedades Graves	\$ 2.500.000	\$ 3.500.000	\$ 5.000.000	\$ 7.500.000
Mercacheque	\$ 1.000.000	\$ 1.400.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000
Auxilio Educativo	\$ 500.000	\$ 700.000	\$ 1.000.000	\$ 1.500.000
Valor Total Asegurado	\$ 6.500.000	\$ 9.100.000	\$ 13.000.000	\$ 19.500.000
Prima Mensual	<input type="checkbox"/> \$ 3.145	<input type="checkbox"/> \$ 4.405	<input type="checkbox"/> \$ 6.290	<input type="checkbox"/> \$ 9.435

PLAZO DEL CRÉDITO

TOTAL PRIMAS

VIGENCIA DEL SEGURO: La vigencia del seguro inicia a partir de la fecha del desembolso del crédito y termina según el plazo pactado del mismo.

En nuestra calidad de asegurado principal y conyuge declaramos no haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades:

ASEGURADO	Cáncer	Leucemia	VIH Sida	Insuficiencia renal crónica	Esclerosis múltiple	Infarto al miocardio	Cirrosis	Efisema pulmonar	Derrame cerebral	Limitación física
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									
CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									

NOTA: SI PADECE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES ENFERMEDADES NO PODRÁ INGRESAR A LA PÓLIZA.

NOMBRE DEL ASESOR COMERCIAL: FLZA

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Autorizo a la FUNDACIÓN DELAMUJER, para que descuente del desembolso de mi crédito la prima que genera la expedición de este seguro.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

En cumplimiento con lo previsto en la Ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Protección Social y demás normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado del hospital o cualquier otra persona que nos haya atendido a mí o a cualquiera de los integrantes del grupo asegurado o haya sido consultado por nosotros, para que suministre a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. copia de nuestra historia clínica o de cualquier información que la aseguradora considere necesaria para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos objeto del presente seguro. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS BIENES OBJETO DEL SEGURO

Orbrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, declaro que mis ingresos y mis activos provienen de actividades lícitas conforme a los datos consignados en este formulario, igualmente declaro que no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

HUELLA DACTILAR:



FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL Y C.C.

FIRMA AUTORIZADA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.

11 3161027988

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGUROS DAÑOS BÁSICO EMPRESA



CERTIFICADO No. **1132929**

DATOS DEL TOMADOR

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN DELAMUJER	NIT: 890.212.341-6
DIRECCIÓN: <i>Barranca 10 # 9-98</i>	CIUDAD: <i>San Gil</i>

DATOS DEL ASEGURADO/BENEFICIARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: <i>Diana Yanule Arguello</i>	CÉDULA: <i>63.416.835</i>
DIRECCIÓN: <i>Calle 6 # 8-62</i>	TELÉFONO: <i>311 3943997</i>
CIUDAD: <i>Mogota</i>	DEPARTAMENTO: <i>Santander</i>

DATOS DEL RIESGO A ASEGURAR

<input type="checkbox"/> VIVIENDA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	
<input type="checkbox"/> EMPRESA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN SUBSIDIO EMPRESARIAL
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	
<input checked="" type="checkbox"/> VIVIENDA Y EMPRESA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input checked="" type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN SUBSIDIO EMPRESARIAL
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	

TIPO DE CONSTRUCCION	<input type="checkbox"/> TIPO 1	<input type="checkbox"/> TIPO 2
	CONSTRUCCIÓN EN MADERA, BAREQUE O GUADUA	PAREDES LADRILLO Y CEMENTO, ARMAZON EN CONCRETO

DESCRIPCIÓN COBERTURAS EDIFICIO	VALORES ASEGURADOS EDIFICIO			
	TIPO 1	TIPO 2		
AMPARO BÁSICO	ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
INCENDIO Y/O RAYO, EXPLOSIÓN, TERREMOTO, DAÑOS POR AGUA, ANEGACIÓN AVALANCHA Y DESLIZAMIENTO, HUELGA, MOTÍN, ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO, CAÍDA DE AERONAVES, VEHÍCULOS U OBJETOS QUE CAUSEN DAÑO TOTAL O PARCIAL DEL BIEN, EXTENSIÓN DE AMPAROS (VIENTOS FUERTES, HURACÁN Y GRANIZO)	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 10.000.000	\$ 12.000.000
PRIMA MENSUAL:	<input type="checkbox"/> \$ 900	<input type="checkbox"/> \$ 1.505	<input type="checkbox"/> \$ 3.005	<input type="checkbox"/> \$ 3.605
DESCRIPCIÓN COBERTURAS CONTENIDOS	VALORES ASEGURADOS CONTENIDOS			
AMPARO BÁSICO CONTENIDOS	TIPO 1	TIPO 2		
INCENDIO Y/O RAYO, EXPLOSIÓN, TERREMOTO, DAÑOS POR AGUA, ANEGACIÓN AVALANCHA Y DESLIZAMIENTO, HUELGA, MOTÍN, ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO, CAÍDA DE AERONAVES, VEHÍCULOS U OBJETOS QUE CAUSEN DAÑO TOTAL O PARCIAL DEL BIEN, EXTENSIÓN DE AMPAROS (VIENTOS FUERTES, HURACÁN Y GRANIZO)	ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
PRIMA MENSUAL:	\$ 1.300.000	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000
	<input type="checkbox"/> \$ 390	<input checked="" type="checkbox"/> \$ 900	<input type="checkbox"/> \$ 1.505	<input type="checkbox"/> \$ 2.055
DESCRIPCIÓN SUBSIDIO EMPRESARIAL	VALORES ASEGURADOS SUBSIDIO EMPRESARIAL			
AMPARO ADICIONAL SUBSIDIO EMPRESARIAL	TIPO 1	TIPO 2		
EN CASO DE OCURRIR UNA PERDIDA INDEMNIZABLE AMPARADA BAJO LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO QUE PARALICE LA MICROEMPRESA POR MAS DE CINCO (5) DÍAS LA EQUIDAD PAGARÁ EL VALOR ESTIPULADO EN ESTE CERTIFICADO POR UNA VEZ.	ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	
PRIMA MENSUAL:	\$ 400.000	\$ 800.000	\$ 1.400.000	
	<input type="checkbox"/> \$ 90	<input checked="" type="checkbox"/> \$ 185	<input type="checkbox"/> \$ 320	
PLAZO CRÉDITO EN MESES:	TOTAL PRIMA MENSUAL: \$			

NOTA : LAS ANTERIORES TARIFAS TIENEN IVA INCLUIDO

PRIMA MÍNIMA CORRESPONDE A CONTENIDOS Y SUBSIDIO TIPO 1 \$ 480 PRIMA MÍNIMA CORRESPONDE A CONTENIDOS Y SUBSIDIO TIPO 2 \$ 1.085

NOMBRE ASESOR COMERCIAL: *FLZA*
 IMPORTANTE: El amparo adicional SUBSIDIO EMPRESARIAL debe ser tomado con edificio y/o contenidos
 VIGENCIA: La vigencia comienza a partir del desembolso del crédito, hasta el plazo pactado entre la Fundación de la Mujer y el asegurado.
 VALOR A INDEMNIZAR: En caso de ocurrencia de siniestro, se indemnizará hasta agotar el valor asegurado de cada categoría de bienes (edificio y contenidos) del plan escogido en uno (01) o varios eventos una vez aplicado el deducible.
 CAMBIO DE DIRECCIÓN: En el evento de que el asegurado cambie de dirección de la vivienda o trasladada su negocio durante la vigencia del seguro, deberán notificarlos por escrito a la Fundación de la Mujer quien a su vez lo comunicará a la aseguradora.

DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS BIENES OBJETO DEL SEGURO
 Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, declaro que mis ingresos y mis activos provienen de actividades lícitas conforme a los datos consignados en este formulario, igualmente declaro que no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN

Expresamente declaro(amos) que la información que suministro(amos) es completamente cierta, que ella es la base de los contratos que llegare(amos) a celebrar con La Equidad Seguros O.C. Que conozco(emos) la obligación de declarar sinceramente acerca del estado del riesgo, y que de no hacerlo se producirá la nulidad relativa del contrato, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

De igual manera, en caso de aprobación de esta solicitud, declaro(amos) estar dispuesto(s) a aceptar los productos sujetos a los términos, excepciones y condiciones establecidas por LA EQUIDAD SEGUROS O.C., así como a pagar las primas correspondientes en los plazos establecidos por la Compañía. Acepto(amos) que el presente documento no compromete a ninguna de las partes mientras LA EQUIDAD SEGUROS O.C. no expida la póliza o alguna certificación escrita amparando el riesgo con la cobertura solicitada. También certifico(amos) haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en la presente solicitud de seguro.

M3161028584



CERTIFICADO No.

1520637

Voluntario

Deudores

DATOS DEL TOMADOR

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN DELAMUJER

AGENCIA: 113

NIT: 890.212.341-6

CIUDAD:

DATOS DEL ASEGURADO / TITULAR DEL CRÉDITO

NOMBRE DEL ASEGURADO: DIANA YARIBK AGUELLO

CÉDULA: 63-476 835

DIRECCIÓN: cl 6 # 8-62

FECHA DE NACIMIENTO: 05 05 1979

PLAN ELEGIDO: ROSA OPCIÓN: PLAN 3 CIUDAD: TOBAGOYES

DEPARTAMENTO: SANTANDER

DATOS DEL SEGUNDO ASEGURADO / CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE (Solo en caso de Asegurarlo (a))

NOMBRE DEL ASEGURADO:

CÉDULA:

DIRECCIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

PLAN ELEGIDO:

OPCIÓN:

CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%
ADRIAN PEREZ JERON	Hijo	100

BENEFICIARIO DEL SEGUNDO ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%

COBERTURAS Y PLANES MICROSEGUROS SOLO PARA VIDA GRUPO VOLUNTARIO

MARQUE CON UNA X EL PLAN ESCOGIDO

PLAN VIDA MUJER

SOLO MUJERES TITULARES DE 18 A 50 AÑOS



PLAN VIDA FAMILIAR

OTROS ASEGURADOS



COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Muerte	\$ 5.500.000	\$ 7.700.000	\$ 11.000.000	\$ 16.500.000
Invalidez	\$ 5.500.000	\$ 7.700.000	\$ 11.000.000	\$ 16.500.000
Anticipo Enfermedades Graves	\$ 2.750.000	\$ 3.850.000	\$ 5.500.000	\$ 8.250.000
Auxilio de Maternidad	\$ 600.000	\$ 840.000	\$ 1.200.000	\$ 1.800.000
Auxilio Recién Nacido	\$ 400.000	\$ 560.000	\$ 800.000	\$ 1.200.000
Valor Total Asegurado	\$ 6.500.000	\$ 9.100.000	\$ 13.000.000	\$ 19.500.000
Prima Mensual	<input checked="" type="checkbox"/> \$ 3.145	<input type="checkbox"/> \$ 4.405	<input type="checkbox"/> \$ 6.290	<input type="checkbox"/> \$ 9.435

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Muerte	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Invalidez	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Anticipo Enfermedades Graves	\$ 2.500.000	\$ 3.500.000	\$ 5.000.000	\$ 7.500.000
Mercacheque	\$ 1.000.000	\$ 1.400.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000
Auxilio Educativo	\$ 500.000	\$ 700.000	\$ 1.000.000	\$ 1.500.000
Valor Total Asegurado	\$ 6.500.000	\$ 9.100.000	\$ 13.000.000	\$ 19.500.000
Prima Mensual	<input type="checkbox"/> \$ 3.145	<input type="checkbox"/> \$ 4.405	<input type="checkbox"/> \$ 6.290	<input type="checkbox"/> \$ 9.435

PLAZO DEL CRÉDITO

[Empty box]

TOTAL PRIMAS

[Empty box]

VIGENCIA DEL SEGURO: La vigencia del seguro inicia a partir de la fecha del desembolso del crédito y termina según el plazo pactado del mismo.

En nuestra calidad de asegurado principal, y conyugue declaramos no haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades:

ASEGURADO	Cáncer	Leucemia	VIH Sida	Insuficiencia renal crónica	Esclerosis múltiple	Infarto al miocardio	Cirrosis	Efisema pulmonar	Derrame cerebral	Limitación física
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									
CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									

SI PADECE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES ENFERMEDADES NO PODRÁ INGRESAR A LA PÓLIZA.

NOMBRE DEL ASESOR COMERCIAL:

CASL

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Autorizo a la FUNDACION DELAMUJER, para que descuente del desembolso de mi crédito la prima que genera la expedición de este seguro.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

En cumplimiento con lo previsto en la Ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Protección Social y demás normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado del hospital o cualquier otra persona que nos haya atendido a mí o a cualquiera de los integrantes del grupo asegurado o haya sido consultado por nosotros, para que suministre a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. copia de nuestra historia clínica o de cualquier información que la aseguradora considere necesaria para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos objeto del presente seguro. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

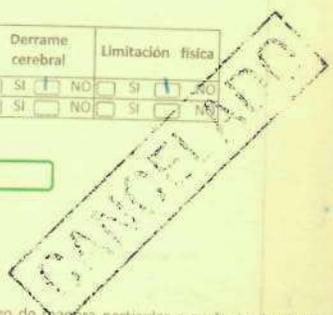
DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS BIENES OBJETO DEL SEGURO

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, declaro que mis ingresos y mis activos provienen de actividades lícitas conforme a los datos consignados en este formulario, igualmente declaro que no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades lícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL Y C.C.



FIRMA AUTORIZADA LA FUNDACION DELAMUJER



113161028584

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGUROS DAÑOS BÁSICO EMPRESA



CERTIFICADO No.

1133187

DATOS DEL TOMADOR

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN DELAMUJER	NIT: 890.212.341-6
DIRECCIÓN: CPA 10 # 7-98	CIUDAD: SAN GIL

DATOS DEL ASEGURADO/BENEFICIARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: BARRA YANIBEL ARIEL	CÉDULA: 63496835
DIRECCIÓN: Calle #8-62	TELÉFONO: 3115943117
CIUDAD: Bogotá	DEPARTAMENTO: Santander

DATOS DEL RIESGO A ASEGURAR

<input type="checkbox"/> VIVIENDA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
<input type="checkbox"/> EMPRESA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
<input checked="" type="checkbox"/> VIVIENDA Y EMPRESA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input checked="" type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:

TIPO DE CONSTRUCCION	<input type="checkbox"/> TIPO 1	<input checked="" type="checkbox"/> TIPO 2
	CONSTRUCCIÓN EN MADERA, BAREQUE O GUADUA	PAREDES LADRILLO Y CEMENTO, ARMAZON EN CONCRETO

DESCRIPCIÓN COBERTURAS EDIFICIO

AMPARO BÁSICO

INCENDIO Y/O RAYO, EXPLOSIÓN, TERREMOTO, DAÑOS POR AGUA, ANEGACIÓN AVALANCHA Y DESLIZAMIENTO, HUELGA, MOTÍN, ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO, CAIDA DE AERONAVES, VEHICULOS U OBJETOS QUE CAUSEN DAÑO TOTAL O PARCIAL DEL BIEN, EXTENSIÓN DE AMPAROS (VIENTOS FUERTES, HURACÁN Y GRANIZO)

PRIMA MENSUAL:

VALORES ASEGURADOS EDIFICIO

TIPO 1	TIPO 2		
ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 10.000.000	\$ 12.000.000
<input type="checkbox"/> \$ 900	<input type="checkbox"/> \$ 1.505	<input type="checkbox"/> \$ 3.005	<input type="checkbox"/> \$ 3.805

DESCRIPCIÓN COBERTURAS CONTENIDOS

AMPARO BÁSICO CONTENIDOS

INCENDIO Y/O RAYO, EXPLOSIÓN, TERREMOTO, DAÑOS POR AGUA, ANEGACIÓN AVALANCHA Y DESLIZAMIENTO, HUELGA, MOTÍN, ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO, CAIDA DE AERONAVES, VEHICULOS U OBJETOS QUE CAUSEN DAÑO TOTAL O PARCIAL DEL BIEN, EXTENSIÓN DE AMPAROS (VIENTOS FUERTES, HURACÁN Y GRANIZO)

PRIMA MENSUAL:

VALORES ASEGURADOS CONTENIDOS

TIPO 1	TIPO 2		
ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
\$ 1.300.000	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000
<input type="checkbox"/> \$ 390	<input checked="" type="checkbox"/> \$ 900	<input type="checkbox"/> \$ 1.505	<input type="checkbox"/> \$ 2.055

DESCRIPCIÓN SUBSIDIO EMPRESARIAL

AMPARO ADICIONAL SUBSIDIO EMPRESARIAL

EN CASO DE OCURRIR UNA PERDIDA INDEMNIZABLE AMPARADA BAJO LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO QUE PARALICE LA MICROEMPRESA POR MAS DE CINCO (5) DÍAS LA EQUIDAD PAGARA EL VALOR ESTIPULADO EN ESTE CERTIFICADO POR UNA VEZ.

PRIMA MENSUAL:

PLAZO CRÉDITO EN MESES:

TIPO 1	TIPO 2	
ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
\$ 400.000	\$ 800.000	\$ 1.400.000
<input type="checkbox"/> \$ 90	<input checked="" type="checkbox"/> \$ 185	<input type="checkbox"/> \$ 320
TOTAL PRIMA MENSUAL:		\$ 1085

NOTA : LAS ANTERIORES TARIFAS TIENEN IVA INCLUIDO

PRIMA MÍNIMA CORRESPONDE A CONTENIDOS Y SUBSIDIO TIPO 1 \$ 480

PRIMA MÍNIMA CORRESPONDE A CONTENIDOS Y SUBSIDIO TIPO 2 \$ 1.085

NOMBRE ASESOR COMERCIAL: SAEV

IMPORTANTE: El amparo adicional SUBSIDIO EMPRESARIAL debe ser tomado con edificio y/o contenidos.
 VIGENCIA: La vigencia comienza a partir del desembolso del crédito, hasta el plazo pactado entre la Fundación de la Mujer y el asegurado.
 VALOR A INDEMNIZAR: En caso de ocurrencia de siniestro, se indemnizará hasta agotar el valor asegurado de cada categoría de bienes (edificio y contenidos) del plan escogido en uno (01) o varios eventos una vez aplicado el deducible.
 CAMBIO DE DIRECCIÓN: En el evento de que el asegurado cambie de dirección de la vivienda o traslada su negocio durante la vigencia del seguro, deberán notificarlos por escrito a la Fundación de la Mujer quien a su vez lo comunicará a la aseguradora.

DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS BIENES OBJETO DEL SEGURO

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, declaro que mis ingresos y mis activos provienen de actividades lícitas conforme a los datos consignados en este formulario, igualmente declaro que no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN

Expresamente declaro(amos) que la información que suministro(amos) es completamente cierta, que ella es la base de los contratos que llegare(amos) a celebrar con La Equidad Seguros O.C. Que conozco(emos) la obligación de declarar sinceramente acerca del estado del riesgo, y que de no hacerlo se producirá la nulidad relativa del contrato, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

De igual manera, en caso de aprobación de esta solicitud, declaro(amos) estar dispuesto(s) a aceptar los productos sujetos a los términos, excepciones y condiciones establecidas por LA EQUIDAD SEGUROS O.C., así como a pagar las primas correspondientes en los plazos establecidos por la Compañía. Acepto(amos) que el presente documento no compromete a ninguna de las partes mientras LA EQUIDAD SEGUROS O.C. no expida la póliza o alguna certificación escrita amparando el riesgo con la cobertura solicitada. También certifico(amos) haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en la presente solicitud de seguro.

113161027651



apoyofuturo plan de seguros

CERTIFICADO No.

1520948

Voluntario

Deudores

DATOS DEL TOMADOR

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN DELAMUJER

NIT: 890.212.341-6

AGENCIA: 113

CIUDAD: SAN GIL

DATOS DEL ASEGURADO / TITULAR DEL CRÉDITO

NOMBRE DEL ASEGURADO: DIANA YARLEK ARGUELLO

CÉDULA: 63476835

DIRECCIÓN: CALLE 6 # 8-82

FECHA DE NACIMIENTO: 03 03 1991

PLAN ELEGIDO: ROSA

OPCIÓN: 1

CIUDAD: BARRIOS

DEPARTAMENTO: SUCRE

DATOS DEL SEGUNDO ASEGURADO / CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE (Solo en caso de Asegurado (a))

NOMBRE DEL ASEGURADO:

CÉDULA:

DIRECCIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

PLAN ELEGIDO:

OPCIÓN:

CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%
SAN DIEGO JARDIN	Hijo	100

BENEFICIARIO DEL SEGUNDO ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%

COBERTURAS Y PLANES MICROSEGUROS SOLO PARA VIDA GRUPO VOLUNTARIO

MARQUE CON UNA X EL PLAN ESCOGIDO

PLAN VIDA MUJER

SOLO MUJERES TITULARES DE 18 A 50 AÑOS

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Muerte	\$ 5.500.000	\$ 7.700.000	\$ 11.000.000	\$ 16.500.000
Invalidez	\$ 5.500.000	\$ 7.700.000	\$ 11.000.000	\$ 16.500.000
Anticipo Enfermedades Graves	\$ 2.750.000	\$ 3.850.000	\$ 5.500.000	\$ 8.250.000
Auxilio de Maternidad	\$ 600.000	\$ 840.000	\$ 1.200.000	\$ 1.800.000
Auxilio Recién Nacido	\$ 400.000	\$ 560.000	\$ 800.000	\$ 1.200.000
Valor Total Asegurado	\$ 6.500.000	\$ 9.100.000	\$ 13.000.000	\$ 19.500.000
Prima Mensual	\$ 3.145	\$ 4.495	\$ 6.290	\$ 9.435

PLAN VIDA FAMILIAR

OTROS ASEGURADOS

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Muerte	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Invalidez	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Anticipo Enfermedades Graves	\$ 2.500.000	\$ 3.500.000	\$ 5.000.000	\$ 7.500.000
Mercacheque	\$ 1.000.000	\$ 1.400.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000
Auxilio Educativo	\$ 500.000	\$ 700.000	\$ 1.000.000	\$ 1.500.000
Valor Total Asegurado	\$ 6.500.000	\$ 9.100.000	\$ 13.000.000	\$ 19.500.000
Prima Mensual	\$ 3.145	\$ 4.495	\$ 6.290	\$ 9.435

PLAZO DEL CRÉDITO

TOTAL PRIMAS

VIGENCIA DEL SEGURO: La vigencia del seguro inicia a partir de la fecha del desembolso del crédito y termina según el plazo pactado del mismo.

En nuestra calidad de asegurado principal y conyuge declaramos no haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades:

ASEGURADO	Cáncer	Leucemia	VIH Sida	Insuficiencia renal crónica	Esclerosis múltiple	Infarto al miocardio	Cirrosis	Efisema pulmonar	Derrame cerebral	Limitación física
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									

NOTA: SI PADECE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES ENFERMEDADES NO PODRÁ INGRESAR A LA PÓLIZA.

NOMBRE DEL ASESOR COMERCIAL: JBT

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Autorizo a la FUNDACION DELAMUJER, para que descuente del desembolso de mi crédito la prima que genera la expedición de este seguro.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

En cumplimiento con lo previsto en la Ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Protección Social y demás normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado del hospital o cualquier otra persona que nos haya atendido a mí o a cualquiera de los integrantes del grupo asegurado o haya sido consultado por nosotros, para que suministre a EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. copia de nuestra historia clínica o de cualquier información que la aseguradora considere necesaria para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del presente seguro. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS BIENES OBJETO DEL SEGURO

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, declaro que mis ingresos y mis activos provienen de actividades lícitas conforme a los datos consignados en el formulario, igualmente declaro que no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL Y C.C.

FIMA AUTORIZADA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. C.

113161027651

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGUROS DAÑOS BÁSICO EMPRESA



CERTIFICADO No. **1132765**

DATOS DEL TOMADOR

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN DELAMUJER	NIT: 890.212,341-6
DIRECCIÓN: <i>ceda 10 # 7-98</i>	CIUDAD: <i>M. G. L.</i>

DATOS DEL ASEGURADO/BENEFICIARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: <i>Diana Yvick Acosta</i>	CÉDULA: <i>63476835</i>
DIRECCIÓN: <i>Calle # 18-62</i>	TELÉFONO: <i>314 394 3997</i>
CIUDAD: <i>Medellin</i>	DEPARTAMENTO: <i>Medellin</i>

DATOS DEL RIESGO A ASEGURAR

<input type="checkbox"/> VIVIENDA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	
<input type="checkbox"/> EMPRESA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN SUBSIDIO EMPRESARIAL
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	
<input checked="" type="checkbox"/> VIVIENDA Y EMPRESA	<input type="checkbox"/> OPCIÓN EDIFICIO	<input checked="" type="checkbox"/> OPCIÓN CONTENIDOS	<input checked="" type="checkbox"/> OPCIÓN SUBSIDIO EMPRESARIAL
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	

TIPO DE CONSTRUCCION	<input type="checkbox"/> TIPO 1 CONSTRUCCIÓN EN MADERA, BAREQUE O GUADUA	<input checked="" type="checkbox"/> TIPO 2 PAREDES LADRILLO Y CEMENTO, ARMAZÓN EN CONCRETO
----------------------	---	---

DESCRIPCIÓN COBERTURAS EDIFICIO

AMPARO BÁSICO

INCENDIO Y/O RAYO, EXPLOSIÓN, TERREMOTO, DAÑOS POR AGUA, ANEGACIÓN AVALANCHA Y DESLIZAMIENTO, HUELGA, MOTÍN, ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO, CAIDA DE AERONAVES, VEHÍCULOS U OBJETOS QUE CAUSEN DAÑO TOTAL O PARCIAL DEL BIEN, EXTENSIÓN DE AMPAROS (VIENTOS FUERTES, HURACÁN Y GRANIZO)

PRIMA MENSUAL:

VALORES ASEGURADOS EDIFICIO

TIPO 1	TIPO 2		
ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 10.000.000	\$ 12.000.000
<input type="checkbox"/> \$ 900	<input type="checkbox"/> \$ 1.505	<input type="checkbox"/> \$ 3.005	<input type="checkbox"/> \$ 3.605

DESCRIPCIÓN COBERTURAS CONTENIDOS

AMPARO BÁSICO CONTENIDOS

INCENDIO Y/O RAYO, EXPLOSIÓN, TERREMOTO, DAÑOS POR AGUA, ANEGACIÓN AVALANCHA Y DESLIZAMIENTO, HUELGA, MOTÍN, ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO, CAIDA DE AERONAVES, VEHÍCULOS U OBJETOS QUE CAUSEN DAÑO TOTAL O PARCIAL DEL BIEN, EXTENSIÓN DE AMPAROS (VIENTOS FUERTES, HURACÁN Y GRANIZO)

PRIMA MENSUAL:

VALORES ASEGURADOS CONTENIDOS

TIPO 1	TIPO 2		
ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
\$ 1.300.000	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000
<input type="checkbox"/> \$ 390	<input type="checkbox"/> \$ 900	<input type="checkbox"/> \$ 1.505	<input type="checkbox"/> \$ 2.055

DESCRIPCIÓN SUBSIDIO EMPRESARIAL

AMPARO ADICIONAL SUBSIDIO EMPRESARIAL

EN CASO DE OCURRIR UNA PERDIDA INDEMNIZABLE AMPARADA BAJO LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO QUE PARALICE LA MICROEMPRESA POR MAS DE CINCO (5) DÍAS LA EQUIDAD PAGARA EL VALOR ESTIPULADO EN ESTE CERTIFICADO POR UNA VEZ.

PRIMA MENSUAL:

PLAZO CRÉDITO EN MESES:

TIPO 1	TIPO 2	
ÚNICA OPCIÓN	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
\$ 400.000	\$ 800.000	\$ 1.400.000
<input type="checkbox"/> \$ 90	<input type="checkbox"/> \$ 185	<input type="checkbox"/> \$ 320
TOTAL PRIMA MENSUAL:		\$ 1085

NOTA : LAS ANTERIORES TARIFAS TIENEN IVA INCLUIDO

PRIMA MÍNIMA CORRESPONDE A CONTENIDOS Y SUBSIDIO TIPO 1 \$ 480

PRIMA MÍNIMA CORRESPONDE A CONTENIDOS Y SUBSIDIO TIPO 2 \$ 1.085

NOMBRE ASESOR COMERCIAL: *SASV*

IMPORTANTE: El amparo adicional SUBSIDIO EMPRESARIAL debe ser tomado con edificio y/o contenidos
 VIGENCIA: La vigencia comienza a partir del desembolso del crédito, hasta el plazo pactado entre la Fundación de la Mujer y el asegurado.
 VALOR A INDEMNIZAR: En caso de ocurrencia de siniestro, se indemnizará hasta agotar el valor asegurado de cada categoría de bienes (edificio y contenidos) del plan escogido en uno (01) o varios eventos una vez aplicado el deducible.
 CAMBIO DE DIRECCIÓN: En el evento de que el asegurado cambie de dirección de la vivienda o trasladada su negocio durante la vigencia del seguro, deberán notificarlos por escrito a la Fundación de la Mujer quien a su vez lo comunicará a la aseguradora.

DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS BIENES OBJETO DEL SEGURO

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, declaro que mis ingresos y mis activos provienen de actividades lícitas conforme a los datos consignados en este formulario, igualmente declaro que no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN

Expresamente declaro(amos) que la información que suministro(amos) es completamente cierta, que ella es la base de los contratos que llegaré(amos) a celebrar con La Equidad Seguros O. C. Que conozco(amos) la obligación de declarar sinceramente acerca del estado del riesgo, y que de no hacerlo se producirá la nulidad relativa del contrato, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

De igual manera, en caso de aprobación de esta solicitud, declaro(amos) estar dispuesto(s) a aceptar los productos sujetos a los términos, excepciones y condiciones establecidas por LA EQUIDAD SEGUROS O. C., así como a pagar las primas correspondientes en los plazos establecidos por la Compañía. Acepto(amos) que el presente documento no compromete a ninguna de las partes mientras LA EQUIDAD SEGUROS O. C., no expida la póliza o alguna certificación escrita amparando el riesgo con la cobertura solicitada. También certifico(amos) haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en la presente solicitud de seguro.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

1 BIP



113161027651

Plan de Microseguros Tu Hijo Seguro

Fundacrédito comunal



Aplica para hijos/hijastros entre 0 y 18 años, a falta de estos sobrinos y a falta de los anteriores nietos.

Nombre del integrante	DIANA YAMILE ARGUELLO A.	c.c	63476835	Nombre del banco	FUNDACION delamujer
-----------------------	--------------------------	-----	----------	------------------	---------------------

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco (marque x)			Firma
			hijos/hijastros	sobrinos	nietos	
SERRANO	ARGUELLO	JUAN DIEGO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del solicitante

[Handwritten Signature]

c.c. 63476835



Nombre del integrante		c.c		Nombre del banco	
-----------------------	--	-----	--	------------------	--

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco (marque x)			Firma
			hijos/hijastros	sobrinos	nietos	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del solicitante

c.c.

Nombre del integrante		c.c		Nombre del banco	
-----------------------	--	-----	--	------------------	--

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco (marque x)			Firma
			hijos/hijastros	sobrinos	nietos	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del solicitante
