

Recurso de reposición Rad.:

Natalia Pena Tarazona <natalia.pena@fundaciondelamujer.com>

Lun 14/02/2022 9:43

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

Buenos días Sr. Juez,

Por medio del presente correo allegó Recurso de reposición del auto de fecha 8 DE FEBRERO DEL 2022 por el cual se libra Mandamiento de Pago y publicado en estados el día 9 DE FEBRERO DEL 2022 del siguiente proceso:

JUZGADO PRIMERO PROMISCO MUNICIPAL DE SAN GIL – SANTANDER**RAD.: 2021 - 00353****DTE: FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA SAS.****DDO: CLAUDIA INES ARDILA SANTOS Y FREDY HARBAY VILLA DUARTE**

Con el debido respeto que se merece,

Natalia Peña Tarazona

Analista de Cartera

Cel: 3212238404

Calle 36 N° 13 - 73 Piso 3

Bucaramanga - Centro

www.fundaciondelamujer.com

Encuétranos en:

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."

Natalia Peña Tarazona

Analista de Cartera

Cel: 3212238404

Calle 36 N° 13 - 73 Piso 3

Bucaramanga - Centro

www.fundaciondelamujer.com

Encuétranos en:

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(A).

JUZGADO PRIMERO PROMISCOU MUNICIPAL DE SAN GIL – SANTANDER

E. S. D.

REFERENCIA:	PROCESO EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA
ASUNTO:	RECURSO
DEMANDANTE:	FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA S.A.S.
DEMANDADOS:	CLAUDIA INES ARDILA SANTOS C.C. 1.098.622.479 FREDY HARBEY VILLA DUARTE C.C. 1.095.791.849
RADICADO	2021-00353

NATALIA PEÑA TARAZONA mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.032.436.962 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional número 304.277 del Consejo Superior de la Judicatura, con canal digital para notificaciones personales al correo electrónico natalia.pena@fundaciondelamujer.com, teléfono 3212238404, domicilio en la Calle 36 # 13 - 17 Piso Tres, Fundacion Delamujer, Municipio de Bucaramanga (S), 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., representada legalmente por **TERESA EUGENIA PRADA GONZALEZ** mayor de edad, domiciliada y residente en Bucaramanga, identificada con la Cédula de Ciudadanía Número 63283787 expedida en Bucaramanga, y bajo poder especial conferido a **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 y quien bajo las facultades a ella conferidas, por medio del presente escrito interpongo **RECURSO DE REPOSICIÓN** conforme al artículo 318 C.G.P contra **AUTO DE FECHA 8 DE FEBRERO DEL 2022**, notificado en estados el día **9 DE FEBRERO DEL 2022**, mediante el cual su despacho NEGÓ el mandamiento de pago solicitado respecto de los conceptos de póliza de seguro del crédito correspondientes a las pretensiones QUINTA del escrito de demanda.

HECHOS

PRIMERO: El 8 de Febrero de 2022, su despacho profirió auto que ordena **LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO** a favor de **FUNDACIÓN DELAMUJER COLOMBIA SAS.**, identificada con el NIT No. **901.128.535-8** y en contra de **CLAUDIA INES ARDILA SANTOS Y FREDY HARBEY VILLA DUARTE**.

SEGUNDO: Conforme la providencia en mención, NEGÓ las peticiones QUINTA que tratan así:

“QUINTO.- Por concepto de póliza de seguro del crédito tomada por los hoy demandados, la suma de NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$ 96.360). de acuerdo a la cláusula cuarta del título base de ejecución.”

TERCERO: El despacho manifiesta que esta se niega por no estar establecida en el pagaré.

FUNDAMENTOS FÁCTICOS Y PROCEDIMENTALES

CONCEPTO DE PÓLIZAS DE SEGUROS (PRETENSIÓN QUINTA).

En lo que corresponde a la Póliza de seguro, 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 **NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$ 96.360)**, autorizada por la **cláusula cuarta del título base de ejecución** para realizar ese cobro en esta demanda;

(...)Cláusula Cuarta del Pagaré No. 113190217932- 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...(...)

Finalmente, me permito aclarar que el deudor adicional a su autorización por medio del pagaré, firmó Contrato Unificado, por medio del cual acepta los términos y rubros solicitados en la demanda, conforme a las cláusulas del mismo. Como prueba adjuntamos las Póliza adquirida por los demandados.

PETICIONES

PRIMERO: Se **CONCEDA** el **RECURSO DE REPOSICIÓN** frente al **AUTO DE MANDAMIENTO DE PAGO** de fecha 8 de Febrero de 2022 y notificado en estados el 9 de Febrero de 2022, 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 **CLAUDIA INES ARDILA SANTOS Y FREDY HARBEY VILLA DUARTE**.

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 **CLAUDIA INES ARDILA SANTOS Y FREDY HARBEY VILLA DUARTE, POR:**

QUINTO.- Por concepto de póliza de seguro del crédito tomada por los hoy demandados, la suma de **NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$ 96.360)**, de acuerdo a la cláusula cuarta del título base de ejecución.

NOTIFICACIONES PERSONALES

Para efectos de notificaciones, solicito sean aplicadas las manifestadas en el escrito de demanda.

Atentamente,



NATALIA PEÑA TARAZONA

Apoderada parte demandante.

T.P. 304.277 de C.S. de la Judicatura.

C.C. 1.032.436.962 de Bogotá.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGUROS DAÑOS BÁSICO EMPRESA



Una aseguradora cooperativa con sentido social



Certificado No.: 113200443849

DATOS DEL TOMADOR

Razón Social: Fundación delamujer Colombia S.A.S.

Nit: 901.128.535-8

Dirección: CRA 10 9- 98

Ciudad: San Gil

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: CLAUDIA INES ARDILA SANTOS

Documento No.: 1.098.622.749

Dirección: carrera 9 16-38 SAN ANTONIO SAN ANTONIO

Teléfono(s): /3185530710/3185530710/

Ciudad: San Gil

Departamento: Santander

RIESGO ASEGURADO 1

Tipo de Riesgo: Negocio

Dirección: CARRERA 11 14-74 CENTRO

Ciudad: San Gil

Departamento: Santander

Plan Edificio:

Prima: \$

Valor Asegurado: \$

Plan Contenidos: COBERTURA DAÑOS CONTENIDOS TIPO 2 OPCION 1

Prima: \$ 923

Valor Asegurado: \$ 3.000.000

Subsidio Empresarial: COBERTURA DAÑOS SUBSIDIO TIPO 2 OPCION 1

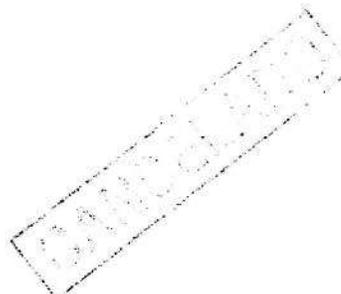
Prima: \$ 189

Valor Asegurado: \$ 800.000

Asesor Comercial: SONIA PRADA MORALES

Valor Prima: \$ 1.112

VEGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



PRIMA MÍNIMA TIPO 1 \$ 492 CON IVA INCLUIDO

PRIMA MÍNIMA TIPO 2 \$ 1.112 CON IVA INCLUIDO

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.

DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

Expresamente declaro(amos) que la información que suministro(amos) es completamente cierta, que ella es la base de los contratos que llegare(mos) a celebrar con LA EQUIDAD SEGUROS O.C. que conozco(cemos) 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.

AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN

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.

FIRMA AUTORIZADA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

FIRMA DEL ASEGURADO

[Signature]

[Signature: Claudia Inés Ardila]



DATOS DEL TOMADOR

Razón Social: Fundación delamujer Colombia S.A.S. **Nit:** 901.128.535-8
Dirección: CRA 10 9- 98 **Ciudad:** San Gil

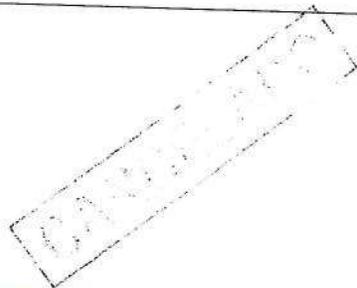
DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: CLAUDIA INES ARDILA SANTOS
Documento No.: 1.098.622.749 **Fecha de Nacimiento:** 26/12/1985
Dirección: carrera 9 16-38 SAN ANTONIO SAN ANTONIO **Teléfono(s):** /3185530710/3185530710/
Ciudad: San Gil **Departamento:** Santander
Plan: COBERTURA VIDA MUJER PLAN 1 **Prima:** \$ 5.145

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre Beneficiario	Parentesco Beneficiario	Porcentaje
FREDY VILLAR	Espos(a)	100

Asesor Comercial: SONIA PRADA MORALES



COBERTURAS Y PLANES MICROSEGUROS SOLO PARA VIDA GRUPO VOLUNTARIO

PLAN VIDA MUJER

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 DE 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 DE RECEN 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	\$ 5.145	\$ 7.180	\$ 10.250	\$ 15.380

PLAN VIDA FAMILIAR

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 DE 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	\$ 4.645	\$ 6.515	\$ 9.175	\$ 13.915

VIGENCIA DEL SEGURO: La vigencia del seguro inicia a partir de la fecha de desembolso del crédito y hasta la fecha final del plazo del crédito acordado entre Fundación delamujer y el cliente, conforme al reporte de ventas remitido por la entidad. Cabe manifestar que; éste seguro no cuenta con cobertura en vigencia durante el periodo de Desfase en su última cuota, que corresponde a la programación de pagos pactados después de la vigencia.

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

ASEGURADO
PRINCIPAL
CÓNYUGE

Cáncer	Leucemia	VIH Sida	Insuficiencia renal crónica	Esclerosis Múltiple	Infarto al miocardio	Cirrosis	Emfisema Pulmonar	Derrame Cerebral	Limitación física
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									

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

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 CLINICA

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 de 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 asegurada 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

Declaro 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.



Claudia Inés Ardila Santos.
Firma Asegurado principal y C.C.

[Firma]
FIRMA AUTORIZADA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

Este documento se firma en la ciudad de San Gil a los 09 días del mes julio del año 2020