San Juan de Pasto, 29 de noviembre de 2023

Doctora
JUANA CAROLINA PERNIA
GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
Avenida 6 A Bis No. 35N 100 Oficina 212
Centro Empresarial Chipichape
Cali - Valle del Cauca

Referencia:	**DOCUMENTOS PARA PAGO**
Proceso:	VERBAL No. 2021-00306
Demandante:	ÁNGELA MARÍA RUÍZ LOMBANA
Demandados:	ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTROS

ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.087.415.702 expedida en Túquerres, portadora de la tarjeta profesional No. 344.851 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la parte actora, de manera atenta me permito remitir los documentos requeridos para el pago del acuerdo conciliatorio celebrado el día 7 de noviembre de 2023, dentro del proceso de la referencia.

En el acuerdo se pactó que ALLIANZ SEGUROS S.A. cancelará la suma total de CIENTO SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE. ($165.000.000), de los cuales hará transferencia electrónica, así:

- CIENTO DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($119.500.000) a favor de la demandante ÁNGELA MARÍA RUÍZ LOMBANA, a la cuenta descrita en la certificación bancaria anexa.

- CUARENTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($45.500.000) a favor de la suscrita apoderada, ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO, a la cuenta descrita en la certificación bancaria anexa.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente,

ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO

República de Colombia

Rama Judicial del Poder Público

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO

Acta de audiencia de instrucción y juzgamiento, art. 373 del C.G.P.

Fecha: diecisiete (17) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Radicación:	N.° 520013103003-2021-00306-00
Asunto:	Vernal de R.C.E.
Demandantes:	Joaquín Vanegas Ruiz
Demandados:	Carlos Arturo Hernández León, Israel Bolívar Calderón, Expreso Bolivariano S.A. y Allianz Seguros S.A.

INTERVINIENTES

Apoderada parte demandante:	**Nombre:**	Angela Milena Viteri Zambrano
	C.C. N.°:	1.087.415.702 expedida en Túquerres
	T. P. N.°:	344.851 expedida por el C. S. de la J.
	Dirección:	Condómino Aquine 1 Casa 46, Pasto
	Teléfonos:	315 441 6983
	Correo:	abogadoslitigantespasto1@gmail.com
Apoderada sustituta demandada Allianz Seguros S.A.	**Nombre:**	Juana Carolina Pernía Osorio
	C.C. N.°:	1.193.571.591
	T. P. N.°:	403.395 expedida por el C. S. de la J.
	Dirección:	Avenida 6° bis No. 35 N – 100, oficina 212, Cali
	Teléfonos:	No registra
	Correo:	jpernia@gha.com.co
Apoderado demandada Expreso Bolivariano S.A.	**Nombre:**	Diego Fernando Acevedo Hernández
	C.C. N.°:	91.508.599 expedida en Bucaramanga
	T. P. N.°:	91.508.559 expedida por el C. S. de la J.
	Dirección:	Calle 6 N No. 04-200 – Manzana A Casa 8, Urbanización Junín II etapa, Piedecuesta – Santander
	Teléfonos:	321 215 0667
	Correo:	diego.acevedo@bolivariano.com.co
Apoderado sustituto demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón	**Nombre:**	Gustavo Adolfo Gómez Restrepo
	C.C. N.°:	94.523.990 expedida en Cali
	T. P. N.°:	132.528 expedida por el C. S. de la J.
	Dirección:	Calle 147 # 21 -55 edificio Granada Hills torre E - oficina 202, Bogotá. D.C.
	Teléfonos:	310 44 44 009
	Correo:	ggomezasesoriaslegales@gmail.com

RELACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

- Sustitución poder demandada Allianz Seguros S.A.
- Sustitución poder demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón.

AUTO RECONOCE PERSONERÍA A APODERADA SUSTITUTA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

Iniciada la audiencia, secretaría dio cuenta de un memorial allegado por el apoderado de la demandada Allianz Seguros S.A., donde indica que sustituye el poder a él conferido a otra profesional del derecho.

Por cumplir la sustitución con lo indicado en los artículos 73 y siguientes del C.G.P., el señor juez resolvió reconocer personería adjetiva a la abogada Juana Carolina Pernía Osorio identificada con la C.C. No. 1.193.571.591 y portadora de la T. P. No. 403.395 expedida por

el C. S. de la J., conforme a la sustitución de poder a ella realizada por el Dr. Gustavo Alberto Herrera Ávila, quien venía ejerciendo la representación de la demandada Allianz Seguros S.A.

- No se presentaron recursos en contra de la anterior decisión.

AUTO RECONOCE PERSONERÍA ADJETIVA A ABOGADO SUSTITUTO DEMANDADOS CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN Y ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN

Seguidamente, se dio cuenta de un memorial allegado por el apoderado de los demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón, donde indica que sustituye el poder a él conferido a otro profesional del derecho.

Por cumplir la sustitución con lo indicado en los artículos 73 y siguientes del C.G.P., el señor juez resolvió reconocer personería adjetiva al abogado Gustavo Adolfo Gómez Restrepo identificado con la C.C. No. 94.523.990 expedida en Cali y portador de la T. P. No. 132.528 expedida por el C. S. de la J., conforme a la sustitución de poder a él realizada por el Dr. Brayand Guillermo Salas López, quien venía ejerciendo la representación de los demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón.

- No se presentaron recursos en contra de la anterior decisión.

AUTO APRUEBA ACUERDO CONCILIATORIO

Continuada la audiencia, las partes manifestaron que tenían ánimo de conciliar, por lo que luego de un dialogó, éstas finalmente llegaron a un acuerdo que permite terminar el proceso por conciliación, procediendo a exponerlo.

Terminada la intervención de las partes, el señor juez resolvió:

"PRIMERO: APROBAR el acuerdo conciliatorio al que finalmente llegaron las partes, en la forma y términos como quedó establecido en esta audiencia.

SEGUNDO: DISPONER que el acuerdo conciliatorio aprobado surte efectos de cosa juzgada frente a las pretensiones de la demanda y por lo mismo, igualmente presta mérito ejecutivo entre las partes.

TERCERO: ORDENAR la terminación del proceso por efectos de la conciliación.

CUARTO: LEVANTAR la medida cautelar de inscripción de la demanda en el registro automotriz del vehículo de placas WEP-009, de propiedad del señor Carlos Arturo Hernández León decretada mediante auto del diciembre 13 de 2021, comunicada mediante oficio 0033 del 18 de enero de 2022.

Para su efectividad, se oficiará a la Secretaría de Tránsito y Transporte de Cota – Cundinamarca, con los insertos a que haya lugar.

QUINTO: Oportunamente, archívese el expediente previa des anotación del mismo en el libro radicador y sistema siglo XXI que lleva el juzgado.

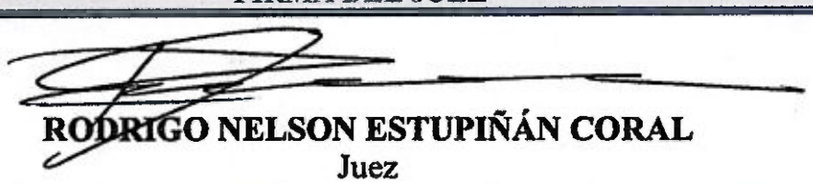
SEXTO: Por secretaría, el juzgado hará llegar a los correos electrónicos de cada uno de los apoderados, copia del acta y de los documentos correspondientes a la grabación de la audiencia".

- Ante la anterior decisión no se presentaron recursos.

LINK GRABACIÓN AUDIENCIA

https://apigestionaudiencias3.ramajudicial.gov.co/public/detail/11808754

FIRMA DEL JUEZ



RODRIGO NELSON ESTUPIÑÁN CORAL
Juez

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:
Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.
Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: SANTANDER DE Q. **Fecha:** DÍA 21 | MES 11 | AÑO 2023 **Tipo de trámite:** Vinculación ○ Actualización ○

Clase de cliente: Tomador ○ Asegurado ○ Beneficiario ◉ Afianzado ○ Apoderado ○

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador -Asegurado	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Tomador -Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
RUIZ	LOMBANA	ÁNGELA MARÍA

Documento de Identidad

Personas Nacionales
Cédula ◉ T.I ○ NUIP ○
No 1062306939
Fecha de expedición 24/01/2011
Lugar de expedición SANTANDER DE

Personas Extranjeras
C. Extranjería ○ Pasaporte ○ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ○
No
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES.
Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:
No

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
23/01/1993	TUMACO	COLOMBIA	CALLE 15 No. 8-12 BARRIO GUADUALES

Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
SANTANDER		angela.ruiz@correounivalle.edu.co	3122570803

Oficio o profesión	Actividad:	
DOCENTE DE TRANSICIÓN	Independiente ○	Dependiente ○

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono
Colegio Micael	DOCENTE	304 3261083

Dirección comercial	Ciudad
CALLE 14 No 8 - 27 BARRIO LOS GUADUALES	SANTANDER DE Q.

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ○ NO ◉
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ○ NO ◉
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ○ NO ◉
Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI ○ NO ◉

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica	Código CIIU
DOCENTE DE TRANSICIÓN	8512

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales(Pesos)
1.160.000	1.000.000
Activos (Pesos)	**Pasivos (Pesos)**
1.000.000	0
Patrimonio (Pesos)	**Otros Ingresos (Pesos)**
1.000.000	

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

Persona Jurídica

Nombre o razón social	Nit.

Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**	**Fax**

Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica			**Código CIIU**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**		**Nacionalidad**

Dirección	Ciudad	Teléfono

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5 DE COLOMBIA

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser impresión de la página de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directo o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (En caso de requerir más espacios debe anexar la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. ◯ T.I. ◯ C.E. ◯ NIT ◯ OTRO ◯		
	C.C. ◯ T.I. ◯ C.E. ◯ NIT ◯ OTRO ◯		
	C.C. ◯ T.I. ◯ C.E. ◯ NIT ◯ OTRO ◯		
	C.C. ◯ T.I. ◯ C.E. ◯ NIT ◯ OTRO ◯		
	C.C. ◯ T.I. ◯ C.E. ◯ NIT ◯ OTRO ◯		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera	Cuál	Indique otras operaciones
Si ◯ No ◉		

Productos financieros en el exterior
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) DOCENTE DE TRANSICION _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEGUROS S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ◉ No ◯

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si ◉ No ◯

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ◉ No ◯

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Angela Maria Ruiz

Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique):	Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ___
	Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ___	Observaciones
	Observaciones	Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Nombre/Razón Social:	Nombre de la persona que la realiza y cargo:	Firma:
Clave No./ Cargo del funcionario:	Firma:	
	Resultado: APROBADO ◯ RECHAZADO ◯	

VERSIÓN 24042019

Autorización de pagos

Allianz

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒ Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒ Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒ Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Tomador

Nombre o razón social		Nit. /C.C.
ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA		1.062.306.939
Oficina principal: Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 15 No. 8-12 BARRIO GUADUALES	SANTANDER DE QUILICHAO - CAUCA	3122570803

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Dirección

Ciudad	Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 1.062.306.939 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de CONCILIACIÓN JUDICIAL, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No_____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2_____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación)	0	0	7	Número de Cuenta (validar según relación)	8	3	8	2	8	9	1	5	9	8	6						Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia:
Cheque ☐ Efectivo ☐ Tarjeta Allianz: ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6).; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Angela Maria Ruiz

Nombre: ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA
C.C. No. 1.062.306.939

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5
VERSIÓN 171219-1

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Cali, 29 de noviembre de 2023

CERTIFICACION BANCARIA

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA** Identificado con **CC 1062306939** la fecha de expedición de ésta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha apertura	Estado
CUENTA AHORROS	**838-289159-86**	**2021/11/19**	**Activa**

El manejo de estos productos es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 5540505 de Cali o en nuestras sucursales de todo el pais.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
S/der De Quilichao - Of 838 Santander De Quilichao
Asesor de servicios N° 150
Cédula N°

Maira Alejandra Lozada J
Asesor Multisegmento
Grupo Bancolombia

* **Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del pais al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.062.306.939
RUIZ LOMBANA

APELLIDOS
ANGELA MARIA

NOMBRES
Angela Maria Ruiz.

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1993
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-ENE-2011 SANTANDER DE QUILICHAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1107600-00486664-F-1062306939-20131004 0035296128A 1 8022557230

27

Gmail Abogados Asociados <abogadoslitigantespasto1@gmail.com>

MEMORIAL PODER

ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA <angelamaria1062@hotmail.com> 2 de diciembre de 2021, 10:24
Para: "abogadoslitigantespasto1@gmail.com" <abogadoslitigantespasto1@gmail.com>

Doctores
ANGELA MILENA VITERI ZAMBRANO
JAVIER ANDRÉS MUÑOZ REALPE

Atento saludo,

Por medio del presente, me permito remitir archivo en formato PDF que contiene el poder que les confiero para que me representen en la demanda de responsabilidad civil extracontractual que se adelantará por la muerte de FRANK VANEGAS RODRÍGUEZ, quien era el padre de mi hijo y falleció a consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día 19 de septiembre de 2021 en la vía Rumichaca - Pasto.

Gracias por su atención.

Atentamente,

ANGELA MARÍA RUIZ LOMBANA

PODER PARA DEMANDA.pdf
157K

MUÑOZ REALPE
• & Abogados Asociados S.A.S •

Santander de Quilichao (Cauca), 26 de noviembre de 2021

Señores
JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO ®
E. S. D.

Referencia: PODER

ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.062.306.939 expedida en Santander de Quilichao (Cauca), quien actúa en representación legal de su hijo menor de edad **JOAQUIN VANEGAS RUIZ** *(hijo de la víctima),* mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Santander de Quilichao - Cauca, por medio del presente escrito manifiesto que se confiere poder especial amplio y suficiente a los abogados **JAVIER ANDRÉS MUÑOZ REALPE**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.088.972.398 de La Cruz (N), abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 252.133 del Consejo Superior de la Judicatura y **ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO**, mayor de edad, vecina de Pasto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.087.415.702 de Tuquerres, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 344.851 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presenten demanda de **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL** en contra de **CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN,** en su calidad de propietario del vehículo tipo bus de placas WEP-009, **ISRAEL BOLIVAR CALDERON,** en su calidad de conductor del vehículo tipo bus de placas WEP-009, **EXPRESO BOLIVARIANO S.A.** en calidad de empresa donde operaba el vehículo tipo bus de placas WEP-009 y **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en su calidad de encargada de amparar los siniestros del vehículo tipo bus de placas WEP-009, tendiente a lograr el reconocimiento y pago de los perjuicios morales, materiales y daño a la vida de relación que se han ocasionado por la muerte del señor FRANK VANEGAS RODRIGUEZ a raíz del accidente de tránsito ocurrido el día 19 de septiembre de 2021 a la altura del kilómetro 74+600 metros, sector Cubiján Catambuco de la vía Rumichaca – Pasto, del municipio de Pasto – Nariño.

Los abogados antes mencionados quedan especial y ampliamente facultados para conciliar, transar, renunciar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, recibir, hacer efectivo el título de depósito judicial, presentar

MUÑOZ REALPE
& Abogados Asociados S.A.S

cuenta de cobro y hacer efectivo el pago del valor que se llegare a conciliar o fueren condenados los demandados, y en general para todo aquello que fuere necesario en el desarrollo de este mandato y en defensa de los intereses que se le confían.

Sírvase, reconocer personería jurídica a mis apoderados en los términos y para los fines del presente mandato.

Del señor Juez,

Atentamente,

ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA
C.C. No. 1.062.306.939 Santander de Quilichao

Acepto:

JAVIER ANDRÉS MUÑOZ REALPE
C.C. 1.088.972.398
T.P. 252.133 del C.S.J.
E- mail: contactenos@muñozrealpeabogados.com

ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO
C.C. 1.087.415.702
T.P. 344.851 del C.S.J.
E-mail: abogadoslitigantespasto1@gmail.com

Gmail **Abogados Asociados <abogadoslitigantespasto1@gmail.com>**

SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL POR REPARACIÓN INTEGRAL

Abogados Asociados <abogadoslitigantespasto1@gmail.com> 27 de noviembre de 2023, 13:13
Para: carmen.guerrero@fiscalia.gov.co, amalia.burbano@fiscalia.gov.co

Doctora
CARMEN ALICIA GUERRERO
FISCALÍA 07 SECCIONAL DE PASTO – UNIDAD VIDA - BRIHO
E. S. D.

Referencia: **SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL POR REPARACIÓN INTEGRAL.**
NUNC: 520016000491202101926
Procesado: ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.414.613.

Por medio del presente, me permito remitir un archivo en formato pdf que contiene una solicitud respetuosa para que se estudie ***la preclusión de la investigación penal*** que se identifica bajo el número citado en referencia, por cuanto mi hijo menor de edad JOAQUIN VANEGAS RUIZ, identificado con NUIP No. 1.062.322.396, ha sido indemnizado integralmente con ocasión a la muerte de su padre, quien respondía al nombre de FRANK VANEGAS RODRÍGUEZ y falleció a raíz del accidente de tránsito ocurrido el día El día 19 de septiembre de 2021, a la altura del kilómetro 74 + 600 metros de la Vía Rumichaca – Pasto, específicamente en la localidad de Cubijan Catambuco, donde estuvo involucrado el vehículo de placas WEP-009, conducido por el señor ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN y de propiedad de CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN.

De acuerdo lo anterior, me permito indicar que en el mismo archivo se adjunta los documentos que acreditan el parentesco de JOAQUIN VANEGAS RUIZ respecto de su padre biológico y la correspondiente acta de conciliación emitida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto, donde consta la conciliación de los perjuicios ocasionados a mi hijo.

Esperando contar con una respuesta favorable, me despido anticipando agradecimientos.

Atentamente,

ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA
C.C. No. 1.062.306.939 de Santander de Quilichao

DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL.pdf
1984K

San Juan de Pasto, 17 de noviembre de 2023

Doctora
CARMEN ALICIA GUERRERO
FISCALÍA 07 SECCIONAL DE PASTO – UNIDAD VIDA - BRIHO
E. S. D.

Referencia: **SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL POR REPARACIÓN INTEGRAL.**

NUNC: 520016000491202101926

Procesado: ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.414.613.

ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.062.306.939 expedida En Santander de Quilichao, actuando en representación legal del menor de edad JOAQUIN VANEGAS RUIZ *(hijo de la víctima mortal),* identificado con NUIP No. 1.062.322.396, con domicilio en Santander de Quilichao - Cauca, por medio del presente escrito, ***MANIFIESTO DE MANERA LIBRE, EXPRESA Y VOLUNTARIA que mi hijo JOAQUÍN HA SIDO INDEMNIZADO INTEGRALMENTE POR TODOS LOS PERJUICIOS*** por la muerte de q.e.p.d. FRANK VANEGAS RODRÍGUEZ a raíz del accidente de tránsito ocurrido el día El día 19 de septiembre de 2021, a la altura del kilómetro 74 + 600 metros de la Vía Rumichaca – Pasto, específicamente en la localidad de Cubijan Catambuco, donde estuvo involucrado el vehículo de placas WEP-009, conducido por el señor ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN y de propiedad de CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta que no tenemos ningún interés de continuar con el ejercicio de la acción penal en contra del señor ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN, respetuosamente solicito se dé aplicabilidad a la ***PRECLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PENAL por indemnización total de los perjuicios causados a la víctima***; es decir, a JOAQUIN VANEGAS RUIZ, para ello se adjunta copia del acta de audiencia de conciliación que se adelantó en el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 2021-00306.

De igual manera, como quiera que los hechos que se ventilan dentro de este proceso encuentran adecuación típica en el reato de homicidio culposo como consecuencia de un accidente de tránsito, ***reitero mi solicitud de extinción de la acción penal por reparación integral***, así como también desisto de cualquier otra acción judicial sea civil o de otra naturaleza que se pudiese adelantar por los hechos materia de este proceso.

Esperando contar con una respuesta favorable, agradezco su amable atención.

Atentamente,

Angela Maria Ruiz

ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA
C.C. No. 1.062.306.939 de Santander de Quilichao

PUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DEL CIRCULO
DE QUILICHAO
CAUCA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

COD 10848

En la ciudad de Santander De Quilichao, Departamento de Cauca, República de Colombia, el veinte (20) de noviembre de dos mil veintitres (2023), en la Notaría única del Círculo de Santander De Quilichao, compareció: ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1062306939 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

10848-1

Angela Maria Ruiz

dacabbec76

-------- Firma autógrafa --------

20/11/2023 09:32:26

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DEL CIRCULO
SANTANDER DE QUILICHAO
DEPTO. DEL CAUCA

JUAN CARLOS RAMOS DOMÍNGUEZ
Notario Único del Círculo de Santander De Quilichao , Departamento de Cauca
Consulte este documento en https://notariid.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: dacabbec76, 20/11/2023 09:32:38

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Allianz

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:
Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.
Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: PASTO **Fecha:** DÍA 27 | MES 11 | AÑO 2023 **Tipo de trámite:** Vinculación ○ Actualización ○

Clase de cliente: Tomador ○ Asegurado ○ Beneficiario ◉ Afianzado ○ Apoderado ○

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador -Asegurado	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Tomador -Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
VITERI	ZAMBRANO	ÁNGELA MILENA

Documento de Identidad

Personas Nacionales
Cédula ◉ T.I ○ NUIP ○
No 1087415702
Fecha de expedición 20/02/2009
Lugar de expedición TÚQUERRES

Personas Extranjeras
C. Extranjería ○ Pasaporte ○ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ○
No
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES.
Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:
No

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
221/12/1990	OSPINA	COLOMBIA	CONDOMINIO AQUINE 1 CASA 46

Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
PASTO		abogadoslitigantespasto1@gmail.co	3154416983

Oficio o profesión	Actividad:	
ABOGADA	Independiente ○	Dependiente ○

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono

Dirección comercial	Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ○ NO ◉
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ○ NO ◉
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ○ NO ◉
Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI ○ NO ◉

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica	Código CIIU
ABOGADA	6910

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales(Pesos)
2.250.000	1.800.000
Activos (Pesos)	**Pasivos (Pesos)**
170.000.000	0
Patrimonio (Pesos)	**Otros Ingresos (Pesos)**
170.000.000	

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

Persona Jurídica

Nombre o razón social	Nit.

Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**	**Fax**

Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica			**Código CIIU**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**		**Nacionalidad**

Dirección	Ciudad	Teléfono

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que Cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales(Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera	Cuál	Indique otras operaciones
Si ☐ No ☐		

Productos financieros en el exterior

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor Indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) ACTIVIDADES JURIDICAS ; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEGUROS S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ☐ No ☐

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si ☐ No ☐

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ☐ No ☐

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Firma del cliente o apoderado

Huella Índice Derecho del Cliente

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique):	Fecha: Día Mes Año Hora
Nombre/Razón Social:	Fecha: Día Mes Año Hora	Observaciones
Clave No./ Cargo del funcionario:	Observaciones	Nombre de la persona que la realiza y cargo:
	Nombre de la persona que la realiza y cargo:	Firma:
	Firma:	
	Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐	

VERSIÓN 240420119

Autorización de pagos

Allianz

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒ Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒ Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒ Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Tomador

Nombre o razón social		Nit. /C.C.
ANGELA MILENA VITERI ZAMBRANO		1.087.415.702
Oficina principal: Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**
CONDOMINIO AQUINE 1 CASA 46	PASTO - NARIÑO	3154416983

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Dirección

Ciudad	Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo ANGELA MILENA VITERI ZAMBRANO identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 1.087.415.702 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de CONCILIACIÓN JUDICIAL, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No_____con nacionalidad 1_____nacionalidad 2_____para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación)	0 3 2	Número de Cuenta (validar según relación)	2 4 1 0 0 4 7 5 5 0 0	Tipo de Cuenta	☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia:		Tarjeta Allianz:
Cheque ☐	Efectivo ☐	

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente , como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6).; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: Angela Milena Viteri Z.
C.C. No. 1.087.415.702.

ENTIDAD	CODIGO	VALIDACION CUENTA CORRIENTE	VALIDACION CUENTA AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CODIGO	VALIDACION CUENTA CORRIENTE	VALIDACION CUENTA AHORRO
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para **Banco Agrario** la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5

VERSIÓN 171219-1

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANGELA MILENA VITERI ZAMBRANO Identificado con CC 1087415702

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALLE 20 PASTO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24100475500
Fecha de apertura:	10 de Marzo de 2020
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 27 de Noviembre de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.087.415.702

VITERI ZAMBRANO

APELLIDOS

ANGELA MILENA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1990

OSPINA
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-FEB-2009 TUQUERRES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2314200-00154813-F-1087415702-20090420 0010876428A 1 32639853

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

VER22721

NOMBRES:
ANGELA MILENA

APELLIDOS:
VITERI ZAMBRANO

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
DIANA ALEXANDRA REMOLINA BOTIA

UNIVERSIDAD	FECHA DE GRADO	CONSEJO SECCIONAL
CESMAG	27/03/2020	NARIÑO
CEDULA	FECHA DE EXPEDICIÓN	TARJETA N°
1087415702	05/06/2020	344851

Condominio Aquine 1 Casa 46
Pasto – Nariño

envia pasión por lo que hacemos

envia Colvanes S.A.S. NIT 800.185.306-4
Principal: Carrera 88 No. 17B-10 Bogotá D.C.
Atención al Usuario (2) 7419270
www.envia.co
ESTE ES UN SERVICIO DE MENSAJERIA EXPRESA

Lic. Min. Transporte 0060 de marzo 14/2000
Lic.Mintic 001368 del 4/8/2020
CIIU 4923 Transporte de Mercancía
CIIU 5320 Mensajería Express
RES.18764048800821 10/05/2023
PREFIJO OC09 96000132001 AL 96001000000

CONTADO DE 02

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA OC09 096000379360

CUFE
4f3b04c5dd9bbdaad5214ec8b442a5b6cab5d97e7144213aed9212effa6fa61c2fa68b510e15978a5a47e6b292fd6e80

Somos Autorretenedores Resoluc: 4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc: 9061 Dic/2020

FEC GENERACION/ADMISIÓN 30/11/2023 11:40 ORIGEN PASTO
DESTINO: CALI VALLE
REG DESTINO CALI
CITA ENTREGA

REMITE: ANGELA MILENA VITERI Z
EMAIL:
DIRECCIÓN: COND. AQUINE 1 CASA 46
CENTRO DE COSTO:
Tel: 3154416983
CÉDULA/TI/NIT 1087415702
COD POSTAL ORIGEN
CUENTA: 09-008-0000000

PARA: JUANA CAROLINA PERNIA
EMAIL:
DIRECCIÓN: AVDA. 6A BIS NO. 35N-100 OF. 212 CENTRO EMPRESARIAL CHIPICHAPE
TEL: 3154162045
CÉDULA/TI/NIT
COD POSTAL 760045328
RECIBE LOS SÁBADOS: SI
NOTAS: .- SIN TEXTO GUIA

UNIDADES	1
PESO(gramos)	1000
PESO VOL	1
PESOACOBRAR(Kg)	1
VALORDECLARADO	10000
VAL SERV ME	7900
FLETE VARIABLE	0
OTROS	0
TOTAL FLETE	7900
CARTAPORTE: NO	

CAUSAL DEVOLUCIÓN

Desconocido	No. 31	1	2
Rehusado	No. 44	1	2
No Reside	No. 35	1	2
No Reclamado	No. 40	1	2
Dir.Errada	No. 34	1	2

Fecha de devolución al Remitente D: M: A: H: M:
Observaciones en la entrega:
Fecha Estimada de Entrega: 02/12/2023

Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo destino.

INTENTO DE ENTREGA
1 D: M: A: H: H:
2 D: M: A: H: H:

Guía complementaria de devolución
Recibí a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinatario
D: M: A: H: M:

Nombre CC Remitente

El Remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido sin verificar es:
DTOS

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en nuestro portal web www.envia.co de envia Colvanes S.A.S. y en las carteleras ubicadas en los puntos de servicio, que regula el servicio MENSAJERIA EXPRESA entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la presentación de una PQR, por favor remitirse a nuestro portal web o al PBX (1)4239666.

envia Colvanes S.A.S., informa al Remitente que en cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, normas complementarias, Aviso de Privacidad y Políticas de Tratamiento de Datos Personales, su información personal y la del Destinatario, suministrada en esta Guía, solo recibirán el tratamiento necesario a la prestación del servicio contratado, atención de novedades y/o reclamaciones, y será suministrada únicamente a los intervinientes del servicio o trámite que usted requiera, y por su solicitud u orden de autoridad competente. Para la presentación de una PQR, por favor remitirse al portal web www.envia.co o a la línea telefónica: 4239666.

ORIGEN ENVIA - PRUEBA DE ENTREGA

FOPE931

6HA Abogados
Avenida 6a Bis # 35n – 100 Oficina 212
Centro Empresarial Chipichape
Cali – Valle