REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.163.299**

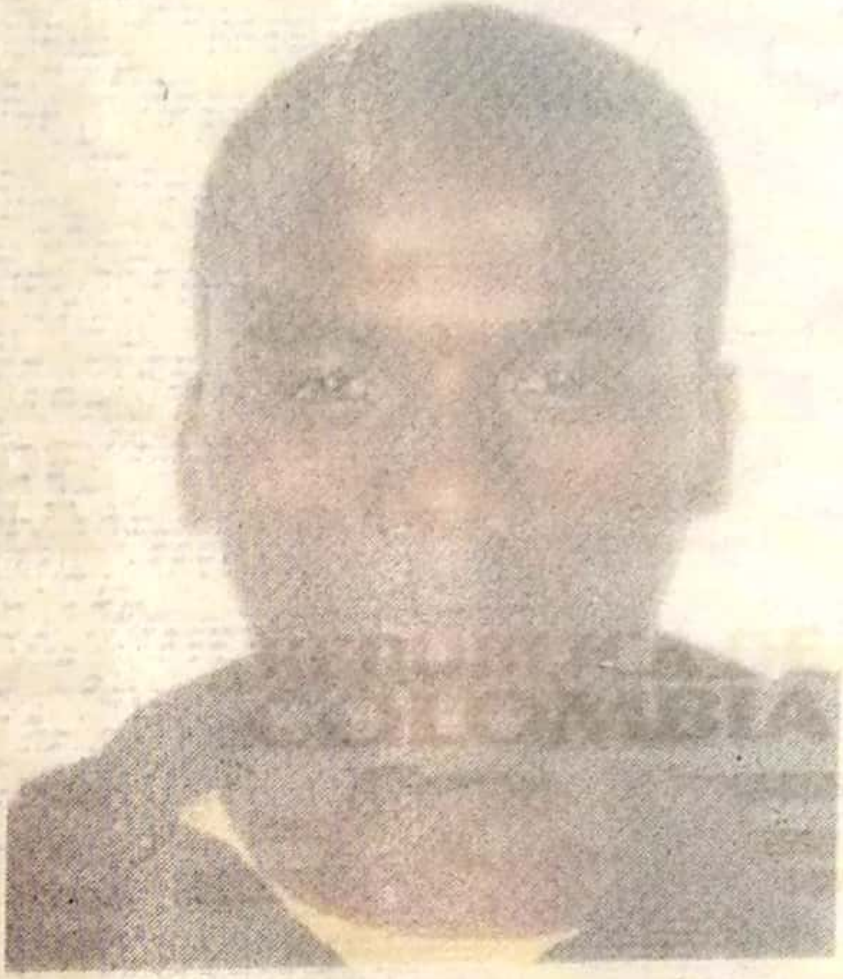
PALACIOS PALACIOS

APELLIDOS

JAIR EDER

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1986**

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

26-MAY-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01132947-M-1010163299-20200219 **00701**41304A 3 9911791470

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:

JAIR EDER

APELLIDOS:

PALACIOS PALACIOS

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

DIANA ALEXANDRA REMOLINA BOTÍA

UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE COLOMBIA

FECHA DE GRADO
31/08/2012

CONSEJO SECCIONAL
BOGOTA

CEDULA
1010163299

FECHA DE EXPEDICIÓN
18/09/2012

TARJETA N°
220437

Powered by CamScanner

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

200063/0120

Powered by CamScanner

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

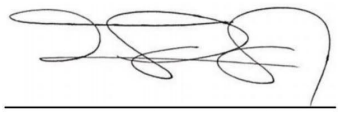
Que nuestro(a) cliente JAIR EDER PALACIOS PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,010,163,299 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 094519014 aperturada el 7 de septiembre de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 29 de abril de 2024.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0094519014
Cuenta de 16 dígitos:	0094000200519014
Cuenta de 20 dígitos:	00130094000200519014

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

150 años
Seguro estamos.

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?	SI [ ]	NO [x]	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento publico general?	SI [ ]	NO [x]	
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?	SI [ ]	NO [x]	
¿Existe algún vinculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?	SI [ ]	NO [x]	

Tomador

Nombre o razón social: Jair Eder Palacios Palacios		Nit. /C.C.	1.010.163.299
Oficina principal Dirección: Cra 7 No 17-01 of. 948	Ciudad: Bogotá D.C.	Teléfono	3103854426

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: *(Solo diligencian las personas jurídicas)*

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.
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 él.

Codigo Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
0 1 3	0 0 9 4 5 1 9 0 1 4	Corriente [ ] Ahorros [x]

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

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÒN, 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 CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia:
Cheque [ ] Efectivo [ ]

Tarjeta Allianz: [ ]

Diligencia numero y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA 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 ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA 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 juridica, 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 cuáles 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: 018000 513500 - 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: Jair Eder Palacios Palacios.
C.C. No. 1.010.163.299 Bogotá.

Códigos entidad financiera

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
Citibank	009	10 dígitos	10 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
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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACION CUENTA CORRIENTE	VALIDACION CUENTA AHORRO
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
Powered by CamScanner

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: Bogotá D.C. **Fecha:** DÍA 29 | MES 04 | AÑO 2024 **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
Jair Eder Palacios Palacio		

Documento de Identidad

Personas Nacionales
Cédula ☒ T.I ☐ NUIP ☐
No 1010163299
Fecha de expedición
Lugar de expedición

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: 21/02/1986	Lugar de nacimiento: Quibdó	Nacionalidad: Colombiano	Dirección de Residencia: C11 23A No 96j 19 Tz apto 208	
Ciudad: Bogota	Teléfono: 3103854426	E-mail: palaciosjaireder@hotmail.com	Celular: 3103854426	
Oficio o profesión: Abogado		Actividad: Independiente ☒	Dependiente ☐	
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono		
Dirección comercial: Cra 7 No 17-01 of 948		Ciudad: Bogotá D.C.		

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

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido: Palacios	Segundo Apellido: Palacios	Nombres Completos: Jair Eder.	
Tipo de documento: C.C.	N°: 1.010.163.299	Fecha de expedición: 26-05-2004.	Lugar de expedición: Bogotá D.C.

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			Codigo 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 860.026.182-5 Allianz Seguros S.A. NIT 860.026.182-5

Powered by CamScanner

*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 Si ☐ No ☒	Cuál	Indique otras operaciones

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 Henry Manuel Dimate y otro, 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.) Actividad como Abogado ; 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 COLSERAUTO 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

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN

(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:

Clave No./ Cargo del funcionario:

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

Powered by CamScanner

Gmail Jair Palacios <palaciosjaireder@gmail.com>

PODER JAIR PALACIOS

1 mensaje

JHON ALEXANDER DIMATE VELOZA <jadimate@hotmail.com> 28 de abril de 2024, 4:33 p.m.
Para: jair palacios <palaciosjaireder@hotmail.com>, Jair Palacios <palaciosjaireder@gmail.com>
CC: John A Dimate <jadimate2010@gmail.com>

Jhon Alexander Dimate Velosa, en calidad de Reclamante de la indemnización ordenada por sentencia, por medio del presente correo y con el documento adjunto manifiesto que otorgó poder especial amplio y suficiente al Dr. Jair Eder Palacios Palacios, para presentar la reclamación de la indemnización mencionada, atendiendo lo señalado en el artículo 5 de la 2213 de 2022 cuando establece lo siguiente: "los poderes especiales para cualquier actuación judicial de podrán conferir mediante mensaje de datos, sin firma manuscrita o digital, con la sola antefirma, se presumirá auténticos y no requerirán de ninguna presentación personal o reconocimiento"

CamScanner 28-04-2024 16.27.pdf
440K

Señores.
Compañía Aseguradora.
ALIANZ SEGUROS
A quien corresponda.
E. S. D.

Asunto: PODER

JHON ALEXANDER DIMATE VELOSA, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía número 79.570.536 de Bogotá D.C., por medio del presente manifiesto que, otorgo poder especial amplio y suficiente, a favor del doctor **JAIR EDER PALACIOS PALACIOS**, mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía numero 1.010.163.299 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., y portador de la Tarjeta Profesional Número 220.437 del C.S. de la J., para que como apoderado nuestro, exija el pago de la **INDEMNIZACION CONTENIDA EN LA SENTENCIA del JUZGADO CINCUENTA Y SEIS DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C., DEL DIA DIECIOCHO (18) DE ABRIL DE 2024 EN EL PROCESO CON RADICACIÓN NO. 2022-01061;** iniciado por los poderdantes contra la señora **MARIA EMELINA VACA PERILLA,**

Por consiguiente, queda facultado el apoderado para: Liquidar, cobrar, recibir el dinero (costas-agencias en derecho), Presentar los documentos exigidos para el pago, Reclamar, aclarar, modificar, anexar, adicionar, transigir, desistir, reasumir, renunciar a este poder, igualmente para firmar en mi nombre si el caso lo exige y si es del caso seguir a continuación. Y en general, otorgo todas aquellas facultades que de acuerdo con la Ley beneficien los intereses del poderdante.

Atentamente,

JHON ALEXANDER DIMATE VELOSA,
C.C. 79.570.536 de Bogotá D.C.,

Abogado
JAIR EDER PALACIOS PALACIOS,
C.C. 1.010.163.299 expedida en Bogotá D.C.,
T.P. 220.437 del C.S. de la J.,
palaciosjaireder@gmail.com

Powered by CamScanner

Gmail Jair Palacios <palaciosjaireder@gmail.com>

PODER JAIR PALACIOS

1 mensaje

HENRY MANUEL Dimate <henry495@gmail.com> 28 de abril de 2024, 4:38 p.m.
Para: Jair Palacios <palaciosjaireder@gmail.com>, jair palacios <palaciosjaireder@hotmail.com>
CC: jadimate@hotmail.com

Henry Manuel Dimate Velosa, en calidad de Reclamante de la indemnización ordenada por sentencia, por medio del presente correo y con el documento adjunto manifiesto que otorgó poder especial amplio y suficiente al dr Jair Eder Palacios Palacios, para presentar la reclamación de la indemnización mencionada, atendiendo lo señalado en el artículo 5 de la 2213 de 2022 cuando establece lo siguiente: "los poderes especiales para cualquier actuación judicial de podrán conferir mediante mensaje de datos, sin firma manuscrita o digital, con la sola antefirma, se presumirá auténticos y no requerirán de ninguna presentación personal o reconocimiento"

poder (3).pdf
385K

Señores.
Compañía Aseguradora.
ALIANZ SEGUROS
A quien corresponda.
E. S. D.

Asunto: PODER

HENRY MANUEL DIMATE VELOSA, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número **11.439.581** expedida en Facatativá por medio del presente manifiesto que, otorgo poder especial amplio y suficiente, a favor del doctor **JAIR EDER PALACIOS PALACIOS**, mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía numero 1.010.163.299 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., y portador de la Tarjeta Profesional Número 220.437 del C.S. de la J., para que como apoderado nuestro, exija el pago de la **INDEMNIZACION CONTENIDA EN LA SENTENCIA del JUZGADO CINCUENTA Y SEIS DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C., DEL DIA DIECIOCHO (18) DE ABRIL DE 2024 EN EL PROCESO CON RADICACIÓN NO. 2022-01061;** iniciado por los poderdantes contra la señora **MARIA EMELINA VACA PERILLA,**

Por consiguiente, queda facultado el apoderado para: Liquidar, cobrar, recibir el dinero (costas-agencias en derecho), Presentar los documentos exigidos para el pago, Reclamar, aclarar, modificar, anexar, adicionar, transigir, desistir, reasumir, renunciar a este poder, igualmente para firmar en mi nombre si el caso lo exige y si es del caso seguir a continuación. Y en general, otorgo todas aquellas facultades que de acuerdo con la Ley beneficien los intereses del poderdante.

Atentamente,

HENRY MANUEL DIMATE VELOSA,
C.C. **11.439.581** expedida en Facatativa y

Abogado
JAIR EDER PALACIOS PALACIOS,
C.C. 1.010.163.299 expedida en Bogotá D.C.,
T.P. 220.437 del C.S. de la J.,
palaciosjaireder@gmail.com

Powered by CamScanner