

Pereira, 27 de septiembre 2024

Señores

ALLIANZ SEGUROS S.A.

Avenida 6 A bis 35 N-100, oficina 212

Cali- Valle del Cauca

E-mail: dclopez@gha.com.co

Referencia: Solicitud de pago

DIANA CRISTINA ERAZO CASANOVA, identificada con la cédula de ciudadanía N°42.147.885 de Pereira, portadora de la Tarjeta Profesional número 147.754 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en el asunto de la referencia como apoderada de los demandantes:

ADRIANA PORRAS CORREA, C.C. Nro. 42.029.483;
JOHN FERNANDO JIMÉNEZ GUTIÉRREZ, C.C. Nro. 10.140.003;
LAURA VANESA RAMÍREZ PORRAS, C.C. Nro. 1.087.562.119;
FABIOLA CORREA DE PORRAS, C.C. Nro. 29.629.382;
MARY LUZ PORRAS CORREA, C.C. Nro. 1.087.547.089;

Dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual cursado ante el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Pereira con radicación número 66001-31-03-004-2019-00600-00 y dentro del cual se llegó a acuerdo conciliatorio el 10 de septiembre de 2024, con la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -COMFAMILIAR RISARALDA- y ALLIANZ SEGUROS S.A., me permito allegar la siguiente documentación:

ANEXOS

1. Acta de audiencia en la que se concertó el acuerdo conciliatorio.
2. Formularios de conocimiento del cliente debidamente diligenciados y firmados por Laura Vanessa Ramírez Porras y por la Abogada Diana Cristina Erazo Casanova.
3. Formatos de autorización de pagos debidamente diligenciados por Laura Vanessa Ramírez Porras y por la Abogada Diana Cristina Erazo Casanova.
4. Certificaciones de cuentas bancarias con fecha de expedición no mayor a 30 días, de Laura Vanessa Ramírez Porras y de la Abogada Diana Cristina Erazo Casanova.
5. Fotocopia de las cédulas de ciudadanía de Laura Vanessa Ramírez Porras y de la Abogada Diana Cristina Erazo Casanova.

☎ 3147570532 ✉ erazocasanova@hotmail.com

📍 Edificio Banco Cafetero, calle 18 N°8-41,
Oficina 307, Pereira- Risaralda

6. RUT de Laura Vanessa Ramírez Porras y de la Abogada Diana Cristina Erazo Casanova.
7. Desistimiento de la acción penal y/o solicitud de archivo, firmada por los demandantes y/o su apoderado, con nota de presentación ante notario público, y constancia de radicación ante el despacho fiscal respectivo. En este sentido me permito aclarar que obra en el expediente digital C01Principal, 04 Anexos Demanda, en los folios 174, 175, 176, 177, 178 y 182 del expediente los siguientes documentos: Archivo de las diligencias, oficio del 29 de marzo de 2012 comunicando archivo y la Constancia de la comunicación personal de archivo a la víctima; los cuales se adjuntan con la presente radicación con el fin de que puedan ser debidamente corroborados.

MANIFESTACIÓN JURADA

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que no se ha presentado cuenta alguna para estos mismos efectos e igualmente que no se ha iniciado proceso ejecutivo en contra de la entidad condenada.

NOTIFICACIONES

Mis mandantes y la suscrita apoderada en la calle 18 Nro. 8-41, Oficina 307, Edificio Banco Cafetero, Pereira. Celular 3147570532. E-mail: erazocasanova@hotmail.com.

Atentamente,



DIANA CRISTINA ERAZO CASANOVA

C.C. N°42.147.885 de Pereira

T.P. N°147.754 del C. S. de la Judicatura. -

Los anexos y esta cuenta de cobro constan de 28 folios.

📞 3147570532 ✉ erazocasanova@hotmail.com

📍 Edificio Banco Cafetero, calle 18 N°8-41,
Oficina 307, Pereira- Risaralda



Juzgado Cuarto Civil del Circuito
Pereira - Risaralda

PROCESO	RESPONSABILIDAD MÉDICA
DEMANDANTES:	ADRIANA PORRAS CORREA C.C. 42.029.483 JOHN FERNANDO JIMÉNEZ GUTIÉRREZ C.C. 10.140.003 LAURA VANESA RAMÍREZ PORRAS C.C. 1.087.562.119 FABIOLA CORREA DE PORRRA C.C.29.629.382 MARY LUZ PORRAS CORREA C.C. 1.087.547.089
DEMANDADOS:	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS NIT: 805.001.157-2 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR - COMFAMILIAR RISARALDA-
RADICADO	660013103004-2019-00600-00
INSTANCIA	PRIMERA INSTANCIA

Se dio inicio a la audiencia con identificación de los comparecientes:

1) DEMANDANTE:

ADRIANA PORRAS CORREA C.C. 42.029.483
JOHN FERNANDO JIMÉNEZ GUTIÉRREZ C.C. 10.140.003
LAURA VANESA RAMÍREZ PORRAS C.C. 1.087.562.119
FABIOLA CORREA DE PORRRA C.C.29.629.382
MARY LUZ PORRAS CORREA C.C. 1.087.547.089

APODERADOS PARTE DEMANDANTE

DIANA CRISTINA ERAZO CASANOVA
C.C. 42.147.885 T.P. 147.754

2.) DEMANDADOS:

EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS NIT: 805.001.157-2
Representante legal y Apoderada: KATHERINE GARZÓN PATIÑO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -COMFAMILIAR RISARALDA-
Representate Legal: Luois Fernando Acosta Sanz
Apoderado: SANDRA MEDINA

3.) LLAMADOS EN GARANTÍA

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA SA NIT: 890.903.407-9
Representante Legal: NÉSTOR ALEJANDRO GARCÍA FRANCO

Apoderado: Hector Giraldo Duque

ALLIANZ SEGUROS SA NIT: 860.026.182-5

Representante Legal: JINNETH HERNÁNDEZ GALINDO

Apoderado : DEISY CAROLINA ARIAS ROMERO

Dentro de la audiencia llevada a cabo el día de hoy las partes han llegado al siguiente acuerdo conciliatorio:

Se entregue a la parte demandante por parte de ALLIANZ SEGUROS SA la suma de CIENTO VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (\$125.000.000,00) y por parte de CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -COMFAMILIAR RISARALDA- la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000,00) que no generarán intereses durante el plazo, que se cancelarán de la siguiente manera: La suma de SETENTA MILLONES DE PESOS (\$70.000.000,00) por parte de ALLIANZ SEGUROS en la cuenta de ahorros N° 468246400 del Banco de Bogotá a nombre de LAURA VANESA RAMÍREZ PORRAS C.C. 1.087.562.119. La suma de CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$55.000.000,00) por parte de ALLIANZ SEGUROS más QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000,00) por parte de COMFAMILIAR RISARALDA en la cuenta de ahorros N° 72367328704 de Bancolombia, a nombre de DIANA CRISTINA ERAZO CASANOVA C.C. 42.147.885 apoderada judicial de los demandantes. La totalidad de integrantes de la parte demandante manifiestan que autorizan expresamente tanto a la señora LAURA VANESA como a su apoderada judicial, para recibir dichos dineros. Lo anterior, dejando nota expresa que la obligación de COMFAMILIAR Y ALLIANZ SEGUROS es conjunta y no solidaria.

Esta suma se cancelará dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a partir de la radicación de los documentos que a continuación se enlistan, de manera correcta y completa **respecto de ALLIANZ SEGUROS S.A.**, en la Av 6 A Bis 35 N-100 oficina 212 en la ciudad de Cali y al correo electrónico dclopez@gha.com.co:

- *Acta de audiencia en la que se concertó el acuerdo conciliatorio.*
- *Formularios de conocimiento del cliente debidamente diligenciados y firmados por Laura Vanessa Ramírez Porras y por la Dra. Diana Cristina Erazo Casanova.*
- *Formatos de autorización de pagos debidamente diligenciados por Laura Vanessa Ramírez Porras y por la Dra. Diana Cristina Erazo Casanova.*
- *Certificaciones de cuentas bancarias con fecha de expedición no mayor a 30 días, de Laura Vanessa Ramírez Porras y de la Dra. Diana Cristina Erazo Casanova.*
- *Fotocopia de las cédulas de ciudadanía de Laura Vanessa Ramírez Porras y de la Dra. Diana Cristina Erazo Casanova.*
- *Desistimiento de la acción penal y/o solicitud de archivo, firmada por los demandantes y/o su apoderado, con nota de presentación ante notario público, y constancia de radicación ante el despacho fiscal respectivo.*

Respecto de COMFAMILIAR, en el mismo término indicado, de manera electrónica al correo smv.jurídica@gmail.com:

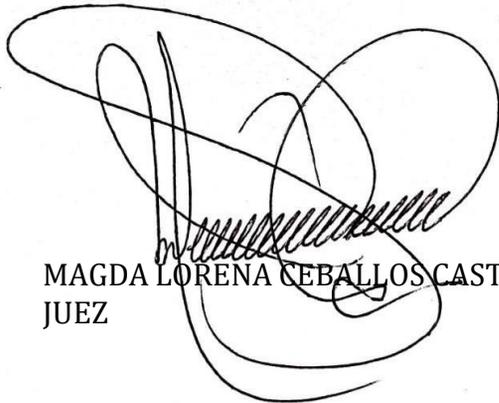
- *Cuenta de cobro especificando valor conciliado \$15.000.000 y el asunto claro con los datos del proceso.*
- *Rut*
- *Copia de la cédula*
- *Abogada, copia de la tarjeta y del poder con facultades para recibir ratificado en la presente audiencia, debe quedar en el acta de conciliación*
- *Certificación bancaria.*

Si existiere mora en el pago del dinero se liquidará sobre el valor en mora el interés civil. Además, sin condena en costas, y en contraprestación los integrantes de la parte demandante se dan por satisfechos por los hechos y pretensiones de la demanda dentro de los cuales se encuentra la muerte de la menor por nacer ocurrida el 7 de enero de 2012. Lo anterior, por haber sido indemnizada integralmente y por las demás obligaciones y efectos que emanaran del seguro, con lo anterior se dará por terminado el proceso.

Así mismo la parte demandante manifiesta que el proceso penal promovido en razón de los hechos que se discuten en este proceso, fue archivado, por lo tanto renuncian a cualquier acción penal, civil o de cualquier índole a partir de este momento, quedando satisfechos con la conciliación realizada.

En este estado se le pone de presente esta propuesta a la parte demandante por parte del demandado, quien manifiesta: Estar de acuerdo con la fórmula conciliatoria propuesta. En consideración a que ha habido acuerdo entre las partes, según lo estipulado en líneas anteriores, el Juzgado Resuelve: **1.** Aprobar la conciliación celebrada en este proceso verbal que cursa ante este despacho radicado bajo el número 660013103004-2019-00600-00, al tenor del artículo 372 del C.G.P. **2.** La presente conciliación tiene efectos de cosa juzgada y presta mérito ejecutivo. **3.** Sin condena en costas a cargo de ninguna de las partes, por acuerdo entre estas. **4.** Cumplidos los anteriores derroteros procesales, archívense las diligencias previa cancelación de su radicación., **5.** La presente decisión, por su pronunciamiento oral queda notificada a las partes por estrados.

No siendo otro el objeto de la presente audiencia se cierra la sesión siendo las **** a.m. del día de hoy 10 de septiembre de 2024.



MAGDA LORENA CEBALLOS CASTAÑO
JUEZ

[PROCESO_66000131030042019006000_AUDIENCIA_DESPACHO_Juzgado_004_Civil_del_Circuito_de_Pereira_660013103004_PEREIRA_-_RISARALDA-20240910_114021-Grabación_de_la_reunión.mp4](#)

[PROCESO_66000131030042019006000_AUDIENCIA_DESPACHO_Juzgado_004_Civil_del_Circuito_de_Pereira_660013103004_PEREIRA_-_RISARALDA-20240910_092437-Grabación_de_la_reunión.mp4](#)

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia del documento de identidad 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: Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Apoderado

Persona Natural					
Primer apellido RAMÍREZ		Segundo Apellido PORRAS		Nombres Completos LAURA VANESA	
Documento de Identidad					
Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUJP <input type="radio"/>			Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> Permiso Especial Permanencia <input type="radio"/>		
Fecha de expedición 31/07/2017 Lugar de expedición La Virginia			No <input type="text"/>		
No <input type="text"/>			Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
Fecha de nacimiento 26/07/1999	País de nacimiento Colombia	Nacionalidad colombiana	Dirección de Residencia Manzana 34, casa 30, samaria 1		
País de residencia Colombia	Ciudad Pereira	Departamento Risaralda	Teléfono	E-mail lauravane0726@gmail.com	Celular 3170571749
Oficio o profesión Contratista			Actividad: Independiente <input checked="" type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/>		
Actividad económica Estudios de mercado y realización de encuestas de opinión pública			Código CBU 7320		
Ingresos Mensuales (Pesos) \$1.700.000			Egresos mensuales (Pesos) \$1.300.000		
Activos (Pesos) \$0			Pasivos (Pesos) \$0		
Patrimonio (Pesos) \$0			Origen de recursos Dividendos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Actividad económica <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>					
Si respondió "Si" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de Identidad:		Número doc. Identidad:	
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):					
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento		N°		Fecha de expedición	
Lugar de expedición		País de nacimiento		Nacionalidad	
País de residencia		Actividad económica		Código CBU	
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>					
Si respondió "Si" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de Identidad:		Número doc. Identidad:	
Persona Jurídica					
Nombre o razón social				Nit.	
Email de contacto				Celular de contacto	
Oficina principal: Dirección		Ciudad		Departamento	
Teléfono		Tipo de empresa		País de domicilio social	
País de constitución		Fecha de Constitución		Actividad económica	
Código CBU		Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos Mensuales (Pesos)	
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)		Patrimonio (Pesos)	
Origen de recursos Dividendos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Actividad económica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> CONTROLANTE <input type="checkbox"/>					
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Email de contacto		Celular de contacto		Tipo de documento	
N°		Fecha de expedición		Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Si respondió "Si" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de Identidad:		Número doc. Identidad:	

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA ABBAN Seguros de Vida S.A. NIT: 903.077.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 903.076.182-8 DE COLOMBIA VIGILADO

VERSIÓN 240821

INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES					
INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres completos	
Tipo de documento		No. de Documento		Fecha de expedición	
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres completos	
Tipo de documento		No. de Documento		Fecha de expedición	
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres completos	
Tipo de documento		No. de Documento		Fecha de expedición	
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
INFORMACIÓN SOCIOS O ACCIONISTAS					
*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	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad País de Incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad País de Incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad País de Incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad País de Incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
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)					

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA - Vigilado

VERSIÓN 240821

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación del tomador/asegurado, 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 fuentes lícitas y, por ende, no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA 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 ni a financiar la proliferación de armas de destrucción masiva; 3) Que autorizo a Allianz para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiéndola de responsabilidad que se derive de ello, 4) Que me obligo para con Allianz en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Allianz Seguros de Vida S.A, identificada con NIT 860.027.404-1 y Allianz Seguros S.A, identificada con NIT 860.026.182-5, quienes en adelante se denominarán "Allianz", sociedades domiciliadas en la ciudad de Bogotá, Colombia, de manera independiente y como responsables del tratamiento, manifiestan que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y/o complementarios y la política de tratamiento de datos personales que podrá consultar en <https://www.allianz.co/seguridad-y-politica-de-datos/politicas-de-privacidad.html>; consultarán, recolectarán, almacenarán, compartirán, procesarán, actualizarán, usarán, dispondrán o podrán llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad, por ende, Usted declara entender que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. Así mismo entiende que, con el suministro de la información personal sobre asegurados y/o beneficiarios, en cuyo favor se celebra el respectivo contrato de seguro, Usted, en ejercicio de la facultad que otorga el literal 4 del artículo 2.2.25.4.1 del Decreto Único 1074 de 2015, autoriza también el tratamiento de los datos personales de estos.

La información personal descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; validar y verificar su identidad para la vinculación, así como el ofrecimiento y otorgamiento de productos y servicios; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por Allianz con el titular de información en relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este; remitir a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y a los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que reposa en Allianz que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras; para la prevención y/o detección del fraude o cualquier tipo de delito, lo que incluye consultar y/o verificar la información personal que se encuentre publicada en redes sociales y/o internet; consultar, corroborar, obtener información personal adicional y actualizar datos personales con la información que reposa en las bases de datos administrados por operadores de la información, bases de datos públicas u otras bases externas, con el propósito de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Financiera sobre prevención del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva; consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar información que se refiera al comportamiento crediticio, financiero, comercial y civil, a las Centrales de Información u operadores de información como DATACREDITO y-CFIN, con el objeto de evaluar la solicitud de seguro y el cumplimiento de las obligaciones financieras, comerciales y/o crediticias.

Con ocasión a lo anterior, Allianz podrá compartir la información que considere pertinente y/o necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y otros terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular telefónicamente o a través de mensajes electrónicos tales como vía chat, mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios ofrecidos por terceros vinculados o aliados a Allianz, así como para el envío o realización de campañas de fidelización o mejora de servicio, encuestas y estudios de mercado, por lo que Allianz podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores, 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.

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



Constancia de la entrevista

Lugar:
 Fecha:

Con la firma de este documento, yo (nombre Intermediario) _____, identificado con (tipo doc. Id.) _____ número _____ y número de clave _____ declaro:

- Haber verificado la información personal, socioeconómica y financiera del "potencial cliente" y "cliente" en los términos de la C.E. 027 del año 2020 de la SFC. SI NO
- Considerar razonable la información financiera con la información socioeconómica del potencial cliente. SI NO
- Considerar que la información socioeconómica del cliente es acorde a su actividad económica en comparación con el mercado. SI NO
- Haber tomado las medidas necesarias para conocer al cliente a través de una entrevista que yo realicé con máximo dos días previos a la fecha de firma de esta declaración. SI NO

Con base en lo anterior, en mi concepto la vinculación del cliente debería ser

APROBADO RECHAZADO

Firma del responsable de la vinculación _____

Definición de las diferentes categorías de PEP

1. PEP nacional: Según la definición contemplada en el Decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. Sin perjuicio de lo anterior, consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

2. PEP extranjeros: Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarías de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

3. PEP de organización Internacional: Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. En ningún caso, dichas categorías comprenden funcionarios de niveles intermedios o inferiores.

4. PEP por relación: Definición de vinculado: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos), 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes). 4. Asociado cercano: usted es socio, asociado o tienen un negocio con un PEP, ya sea por medio de una persona jurídica o directamente.

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

VERSIÓN 240821

Autorización de pagos

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 **LAURA VANESA RAMÍREZ PORRAS** Nit. /C.C. **1.087.562.119**
 Oficina principal: Dirección **Manzana 34, casa 30, samaria 1** Ciudad **Pereira** Teléfono **3170571749**

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 Laura Vanesa Ramirez Porras identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 1.087.562.119 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 cédula 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 1** Número de Cuenta (validar según relación) **4 6 8 2 4 6 4 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.

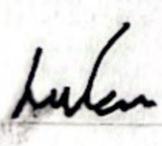
Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

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: **Laura Vanesa Ramirez Porras**
 C.C. No. **1.087.562.119**


ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itaú	005	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Darvivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Cooomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.087.562.119**

RAMIREZ PORRAS

APELLIDOS

LAURA VANESA

NOMBRES

[Handwritten Signature]
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUL-1999**

LA VIRGINIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

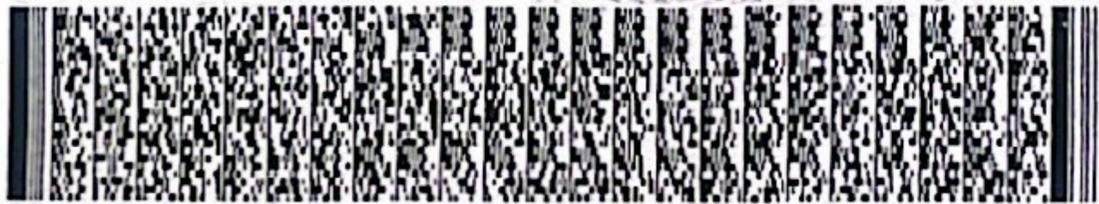
1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

31-JUL-2017 LA VIRGINIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2404600-01118635-F-1087562119-20191210

0069238951A 1

9910988652

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia del documento de identidad 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: Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Apoderado

Persona Natural					
Primer apellido ERAZO		Segundo Apellido CASANOVA		Nombres Completos DIANA CRISTINA	
Documento de Identidad					
Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/>			Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> Permiso Especial Permanencia <input type="radio"/>		
Fecha de expedición 07/06/2000		Lugar de expedición Pereira			
No 42.147.885		No <input type="text"/>			
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.					
Fecha de nacimiento 17/01/1982	Pais de nacimiento Colombia	Nacionalidad colombiana	Dirección de Residencia Calle 18 Nro. 8-41, oficina 307, Edificio Banco Cafetero		
Pais de residencia Colombia	Ciudad Pereira	Departamento Risaralda	Teléfono	E-mail erazocanova@hotmail.com	Celular 3147570532
Oficio o profesión Abogada			Actividad: Independiente <input checked="" type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/>		
Actividad económica Jurídica			Código CIU 6910		
Ingresos Mensuales (Pesos) \$5.000.000			Egresos mensuales (Pesos) \$3.000.000		
Activos (Pesos) \$0			Pasivos (Pesos) \$0		
Patrimonio (Pesos) \$0			Origen de recursos: Dividendos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Actividad económica <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO					
Si respondió "Si" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
4. PEP por relación <input type="checkbox"/>					
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):					
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento		N°		Fecha de expedición	
Lugar de expedición		Pais de nacimiento		Nacionalidad	
Pais de residencia		Actividad económica		Código CIU	
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO					
Si respondió "Si" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
4. PEP por relación <input type="checkbox"/>					
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
Persona Jurídica					
Nombre o razón social				Nit.	
Email de contacto				Celular de contacto	
Oficina principal: Dirección		Ciudad		Departamento	
Teléfono		Tipo de empresa		Pais de domicilio social	
Pais de constitución		Fecha de Constitución		Actividad económica	
Código CIU		Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos Mensuales (Pesos)	
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)		Patrimonio (Pesos)	
Origen de recursos: Dividendos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Actividad económica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> CONTROLANTE <input type="checkbox"/>					
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Email de contacto		Celular de contacto		Tipo de documento	
N°		Fecha de expedición		Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	
Si respondió "Si" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
4. PEP por relación <input type="checkbox"/>					
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA ALIANZ Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 ALIANZ Seguros S.A. NIT: 860.028.132-5 DE COLOMBIA

VERSIÓN 240821

INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES
INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres completos
Tipo de documento	No. de Documento	Fecha de expedición
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres completos
Tipo de documento	No. de Documento	Fecha de expedición
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HARÍA SUS VECES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres completos
Tipo de documento	No. de Documento	Fecha de expedición
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

INFORMACIÓN SOCIOS O ACCIONISTAS

*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	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad, País de incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				

Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad, País de incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				

Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad, País de incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				

Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad, País de incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				

Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	Fecha de expedición Doc. Identidad	Nacionalidad, País de incorporación	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				

Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP: 1. PEP Nacional <input type="checkbox"/> 2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/> 3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/> 4. PEP por relación <input type="checkbox"/> Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP		
Nombres y apellidos:	Tipo doc. de Identidad:	Número doc. Identidad

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)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
 Vigilado
 Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 900.077.404-1
 Allianz Seguros S.A. NIT: 900.078.192-4

VERSIÓN 2-0021

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación del tomador/asegurado, 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 fuentes lícitas y, por ende, no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA 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 ni a financiar la proliferación de armas de destrucción masiva; 3) Que autorizo a Allianz para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiéndolo de responsabilidad que se derive de ello, 4) Que me obligo para con Allianz en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Allianz Seguros de Vida S.A., identificada con NIT 860.027.404-1 y Allianz Seguros S.A., identificada con NIT 860.026.182-5, quienes en adelante se denominarán "Allianz", sociedades domiciliadas en la ciudad de Bogotá, Colombia, de manera independiente y como responsables del tratamiento, manifiestan que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y/o complementarios y la política de tratamiento de datos personales que podrá consultar en <https://www.allianz.co/seguridad-y-politica-de-datos/politicas-de-privacidad.html>; consultarán, recolectarán, almacenarán, compartirán, procesarán, actualizarán, usarán, dispondrán o podrán llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad, por ende, Usted declara entender que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. Así mismo entiende que, con el suministro de la información personal sobre asegurados y/o beneficiarios, en cuyo favor se celebra el respectivo contrato de seguro, Usted, en ejercicio de la facultad que otorga el literal 4 del artículo 2.2.2.25.4.1 del Decreto Único 1074 de 2015, autoriza también el tratamiento de los datos personales de estos.

La información personal descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; validar y verificar su identidad para la vinculación, así como el ofrecimiento y otorgamiento de productos y servicios; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por Allianz con el titular de información en relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este; remitir a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y a los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que reposa en Allianz que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras; para la prevención y/o detección del fraude o cualquier tipo de delito, lo que incluye consultar y/o verificar la información personal que se encuentre publicada en redes sociales y/o internet; consultar, corroborar, obtener información personal adicional y actualizar datos personales con la información que reposa en las bases de datos administrados por operadores de la información, bases de datos públicas u otras bases externas, con el propósito de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Financiera sobre prevención del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva; consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar información que se refiera al comportamiento crediticio, financiero, comercial y civil, a las Centrales de Información u operadores de información como DATACREDITO y-CIFIN, con el objeto de evaluar la solicitud de seguro y el cumplimiento de las obligaciones financieras, comerciales y/o crediticias.

Con ocasión a lo anterior, Allianz podrá compartir la información que considere pertinente y/o necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y otros terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular telefónicamente o a través de mensajes electrónicos tales como vía chat, mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios ofrecidos por terceros vinculados o aliados a Allianz, así como para el envío o realización de campañas de fidelización o mejora de servicio, encuestas y estudios de mercado, por lo que Allianz podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores, 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: 01 8000 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: serviciocliente@allianz.co.

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



Constancia de la entrevista

Lugar:
 Fecha:

Con la firma de este documento, yo (nombre Intermediario) _____, identificado con (tipo doc. Id.) _____ número _____ y número de clave _____ declaro:

1. Haber verificado la información personal, socioeconómica y financiera del "potencial cliente" y "cliente" en los términos de la C.E. 027 del año 2020 de la SFC. SI NO
2. Considerar razonable la información financiera con la información socioeconómica del potencial cliente. SI NO
3. Considerar que la información socioeconómica del cliente es acorde a su actividad económica en comparación con el mercado. SI NO
4. Haber tomado las medidas necesarias para conocer al cliente a través de una entrevista que yo realicé con máximo dos días previos a la fecha de firma de esta declaración. SI NO

Con base en lo anterior, en mi concepto la vinculación del cliente debería ser

APROBADO RECHAZADO

Firma del responsable de la vinculación _____

Definición de las diferentes categorías de PEP

1. PEP nacional: Según la definición contemplada en el Decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. Sin perjuicio de lo anterior, consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

2. PEP extranjeros: Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarías de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

3. PEP de organización internacional: Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. En ningún caso, dichas categorías comprenden funcionarios de niveles intermedios o inferiores.

4. PEP por relación: Definición de vinculados: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes). 4. Asociado cercano: usted es socio, asociado o tienen un negocio con un PEP, ya sea por medio de una persona jurídica o directamente.

Autorización de pagos

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: **DIANA CRISTINA ERAZO CASANOVA** Nit. /C.C. **42.147.885**
 Oficina principal: Dirección **Calle 18 #8-41, oficina 307** Ciudad **Pereira** Teléfono **3147570532**

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 **Diana Cristina Erazo Casanova** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **42.147.885** 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 cédula 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) **7 2 3 6 7 3 2 8 7 0 4** 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

 Nombre: **Diana Cristina Erazo Casanova**
 C.C. No. **42.147.885**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itaú	005	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Cooimeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.147.885**

ERAZO CASANOVA
APELLIDOS

DIANA CRISTINA
NOMBRES

Diana Cristina Erazo Casanova
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1982**

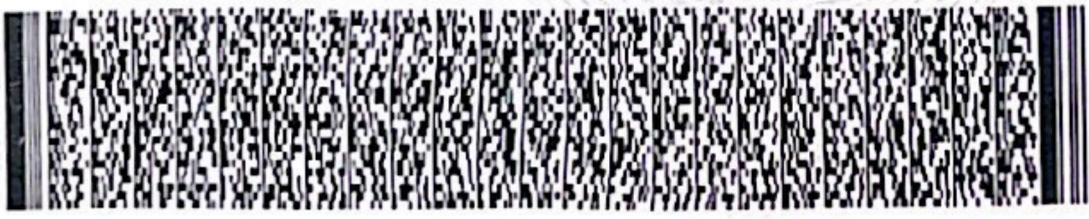
PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-JUN-2000 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2400100-54083161-F-0042147885-20071005 00811 07281L 02 094282134

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LAURA VANESA RAMIREZ PORRAS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.087.562.119 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 468246400, abierta/o desde el 28/2/2022.

Se expide en Bogotá el día 10 del mes de Septiembre del año 2024



Firma Autorizada

Certificación Bancaria

Jueves, 26 de septiembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DIANA CRISTINA ERAZO CASANOVA identificado(a) con CC 42147885, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	72367328704	2024-05-10	ACTIVO	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

2. Concepto Inscripción

4. Número de formulario

141091757234



(415)7707212489984(8020) 000014109175723 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 7 5 6 2 1 1 9

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Pereira

14. Buzón electrónico

1 6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 8 7 5 6 2 1 1 9

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Risaralda

6 6

30. Ciudad/Municipio

La Virginia

4 0 0

31. Primer apellido

RAMIREZ

32. Segundo apellido

PORRAS

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

VANESA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Risaralda

6 6

40. Ciudad/Municipio

Pereira

0 0 1

41. Dirección principal

BRR SAMARIA I MZ 35 CA 6

42. Correo electrónico

lauravane0726@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 7 0 5 7 1 7 4 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

7 3 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 8 0 3

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 8 0 3

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2024 - 08 - 03 / 09 : 09 : 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

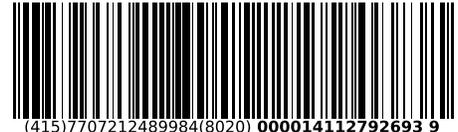
984. Nombre RIVEROS DIAZ LIZETH KATHERINE

985. Cargo Gestor II

2. Concepto Solicitud de retiro de IVA a no responsable

4. Número de formulario

141127926939



(415)7707212489984(8020) 000014112792693 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

4 2 1 4 7 8 8 5

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Pereira

14. Buzón electrónico

1 6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

4 2 1 4 7 8 8 5

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Risaralda

6 6

30. Ciudad/Municipio

Pereira

0 0 1

31. Primer apellido

ERAZO

32. Segundo apellido

CASANOVA

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Risaralda

6 6

40. Ciudad/Municipio

Pereira

0 0 1

41. Dirección principal

CL 18 8 41 OF 307

42. Correo electrónico

erazocasanova@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 7 5 7 0 5 3 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

6 9 1 0

2 0 1 1, 0 2, 0 8

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código

5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024 - 09 - 23 / 15 : 01: 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VILLEGAS RIVERA MARIA EUGENIA

985. Cargo Gestor I

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141127926939



(415)7707212489984(8020) 000014112792693 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

4 2 1 4 7 8 8 5 6

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Pereira

14. Buzón electrónico

1 6

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de 4 7 4 1
162. Nombre del establecimiento SISTEMAS INFORMATICOS	
163. Departamento Risaralda 6 6	164. Ciudad/Municipio Pereira 0 0 1
165. Dirección CR 9 A 22 24 OF 201	
166. Número de matrícula mercantil 2 7 1 4 2 3 7 7 0 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 4 0 6 0 4
168. Teléfono 3 3 3 1 1 8 2	169. Fecha de cierre 2 0 1 7 0 4 2 8
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

RISARALDA Municipio *Perelra* Fecha **27-03-2012** Hora:

1	4	0	0
---	---	---	---

Departamento _____

1. Código único de la investigación:

0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	5	2	0	1	2	0	0	1	2	0
Dpto.		Municipio		Entidad		Unidad Receptora					Año		Consecutivo							

2. Delito:

Delito	Código
HOMICIDIO. - por establecer -	1 0 3

3. Causa por la que se ordena el archivo de las diligencias:

Código	Descripción de la causa
1	CONDUCTA ATÍPICA

Atienda la siguiente codificación:

Código	Descripción	Código	Descripción
1. X	Conducta atípica	7	Ubicación
2	Inexistencia del hecho	8	Constitución de la querrela
3	Fuerza del título	5	Desahucio
4	Prescripción	10	Conciliación
5	Actuación del principal de oportunidad	11	Actuación del principal de oportunidad
6	Amnistía		

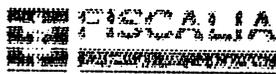
FISCALIA
GENERAL DE LA NACIÓN

ESTABLECER LA RESPONSABILIDAD DE IDENTIFICAR A LOS AUTORES Y ESTABLECER MATERIALIDAD, O IMPOSIBILIDAD DE UBICAR A LA VÍCTIMA.

4. Fundamento de la orden (indicar y motivar la causa señalada):

El reporte de inicio fechado 10 de enero de 2012, a las 09:49 a.m., señala la presencia de un bebé nacido muerto en la sección de partos de la clínica Comfamiliar, la familia solicita el levantamiento porque al momento del parto la señora no estaba asistida por un especialista.

El Formato Informe Ejecutivo, de la misma fecha, refiere que la madre de la joven ADRIANA señala que su hija no fue bien atendida y por ello falleció el bebé y solicita se le realice el levantamiento. Agrega la señora FABIOLA CORREA DE PORRAS, que su hija se enfermó el día sábado, pues empezó con dolores y cuando llegó a saludcop no la atendieron y cuando vieron que a la bebé ya se le veía la cabeza empezaron a correr, pero la niña nació sin signos vitales.

	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F38
	ARCHIVO DE LAS DILIGENCIAS <i>(Ordenado por el Fiscal antes de la formulación de la imputación)</i>	Versión: 01 Página 2 de 25

Se entrevistó al señor JHON FERNANDO JIMENENZ F GUTIERREZ, padre de la bebé, quien sostuvo que no atendieron en debida forma a su esposa, que cuando llegó con ella a Comfamiliar le dijeron que aún no era tiempo para el parto, que tenían que esperar que reventara fuente para poder tener el bebé, por hay a las 9:00 nació la niña pero ya se encontraba muerta.

Para ese día no fue posible ubicar a la madre de la menor, joven ADRIANA PORRAS CORREA, para ser entrevistada porque estaba delicada de salud. Posteriormente fue entrevistada en donde sostuvo que los médicos y las enfermeras no la atendieron en debida forma, le decían que ella era mala paciente que no se dejaba ayudar, agregó que al momento de los dolores, le dieron calambres y ella no era capaz de hacer fuerza y las enfermeras no le ayudaron. Cree que la bebé nació muerta porque era de afuera para adentró y nadie le ayudó. Le ayudaron cuando la bebé nació muerta, ella ni siquiera lloró.

Se allegó la historia clínica de la paciente PORRAS CORREA, proveniente de Comfamiliar, de donde se extrae que la paciente es muy poco colaboradora, incluso al ingreso del médico para valorarla, esta señaló que no se deja. Esta anotación es general en la historia.

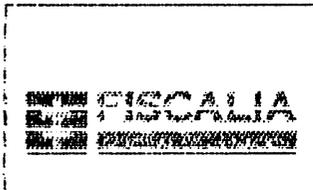
Mediante el acta Nro 021, fechada 10 de enero de 2012, se realizó la Inspección Técnica a Cadaver de recién nacido - neonato - hijo de ADRIANA PORRAS y JHON FERNANDO JIMENEZ. En la Unidad de Patología Clínica Comfamiliar.

El protocolo de necropsia número 2012001016001000021, señala en la opinión pencial causa básica de muerte hipoxia mecanismo de muerte hemorragia subaracnoidea. Según la historia clínica se señala que nace bebé sin ningún esfuerzo respiratorio cianótico, sin frecuencia cardíaca, flácido, sin ningún tipo de respuesta, se inicia vpo masaje cardíaco y se intuba a los 30 segundos se le administraron dos dosis de adrenalina por tubo orotraqueal, nunca se tuvo respuesta, no frecuencia cardíaca. Los principales hallazgos en la necropsia fue recién nacido de 2900 gramos sin malformaciones, al examen interno presenta hemorragia subaracnoidea, congestión visceral generalizada, petequias en base de pulmón derecho, placenta con calcificaciones.

Por tratarse de un feto nacido muerto, no se registra la defunción, pues no alcanzó a ser persona.

Del estudio de las diligencias, en su conjunto, se tiene que efectivamente la señora ADRIANA PORRAS CORREA, se encontraba en estado de gestación, a término para el día 10 de enero del año que avanza, que debido a ello y por ya sentir dolores consultó ante la clínica Comfamiliar, en donde al parecer según ella tanto personal médico como paramédico no la atendieron en forma debida, pero de ello no hay prueba, solo sus comentarios.

Contrario a su posición están las anotaciones que obran en la historia clínica, que son indicativas que la señora ADRIANA se mostró muy poco colaboradora y que incluso no permitía que el médico la atendiera en debida forma, llegando el momento del parto con resultados negativos, pues la bebé nació sin signos vitales, cianótica y a pesar de haber hecho procedimiento de reanimación, este no dio resultados positivos.



PROCESO PENAL

ARCHIVO DE LAS DILIGENCIAS
(Ordenado por el Fiscal antes de la formulación de la imputación)

Código:
FGN-50000-F38

Versión: 01

Página 3 de 25

A pesar de que la señora PORRAS, como su esposo afirman que todo se debió a mala atención o inadecuada atención, la historia clínica y la necropsia, indican que se está frente a un nacimiento no positivo y que la bebé presentó hipoxia por hemorragia subaracnoidea, lo cual no es posible que sea endilgado al personal médico, por cuanto de acuerdo a la misma narración de los hechos que hizo ADRIANA en su entrevista, es cierto que ella poco colaboró en su atención y ello también permitió que la bebé presentara sufrimiento fetal y la muerte, por ello es que es cierto lo que dice la gestante, la bebé ni siquiera lloró, no respiró.

Además también sostuvo la madre que los médicos le habían dicho que la bebé estaba muy pequeña, pero que cuando naciera con cuidados no podía responder y efectivamente se lee del protocolo de necropsia que tenía una medida de 47 centímetros y 2.900 gramos. O sea que no se estaba frente a un parto difícil, sino viable.

Así las cosas no es posible hablar en estos momentos de negligencia por responsabilidad médica en la atención, sino de una muerte natural, bebé sin frecuencia cardíaca y cianótica.

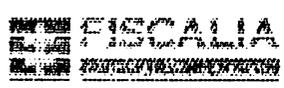
Establece el artículo 79 del Código de Procedimiento Penal, que cuando la Fiscalía tenga conocimiento de un hecho respecto del cual constate que no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito, o indiquen su posible existencia como tal, dispondrá el archivo de la actuación.

Consecuente con lo anterior se procede a ordenar el ARCHIVO del presente caso por imposibilidad de continuar con la investigación, por estar frente a un comportamiento atípico, dejando si en claro que en caso de aparecer evidencia, elemento material probatorio o información legalmente aportada, este puede ser revocado de manera directa por esta Fiscalía y continuar con la investigación penal.

Dando cumplimiento al auto antes citado, se ordena comunicar esta decisión a la víctima, en este caso a uno de sus familiares y al señor Agente del Ministerio Público, para el ejercicio de sus derechos y funciones.

En consecuencia respecto de quienes se archiva la actuación:
(Utilice el formato anexo No. 1 si se trata de más de una persona)

IDENTIFICACION									
Tipo de documento:	C.C.		Pas.		C.E.		Otr		No.
Expedido en	Departamento:					Municipio:			
Primer Nombre	EN AVERIGUACION					Segundo Nombre			
Primer Apellido						Segundo Apellido			
Fecha de Nacimiento	Día		Mes		Año		Edad		Sexo
Lugar de Nacimiento									
País		Departamento			Municipio				
Alias o apodo					Profesión u ocupación				
Nombre de la madre						Apellidos			
Nombre del padre						Apellidos			

	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F38
	ARCHIVO DE LAS DILIGENCIAS (Ordenado por el Fiscal antes de la formulación de la imputación)	Versión: 01 Página 4 de 25

Rasgos físicos			
Estatura	Color de piel	Contextura	Limitaciones físicas
Otras características físicas (Cicatrices, Tatuajes, deformación, amputación, etc.)			
Lugar de residencia			
Dirección	Barrío	Sector	
Municipio	Departamento	Teléfono	

6. Funcionario que emite la orden:

Unidad	0	1	Especialidad	S	E	C	C	Código Fiscal	0	0	3	8
Nombre y apellido del Fiscal:	BEATRIZ ALICIA IDARRAGA PIEDRANTIA											
Dirección:	PALACIO DE JUSTICIA TORRE A BASAMENTO										Oficina:	
Departamento:	BOGOTÁ						Municipio:	BOGOTÁ				
Teléfono:							Correo electrónico:					

Firmas,


BEATRIZ ALICIA IDARRAGA PIEDRANTIA
 Fiscal Treinta y Ocho

COMUNICACIÓN PERSONAL AL PROCURADOR JUDICIAL, quien enterado del contenido de la presente decisión firma en constancia como aparece.

DIANA ROCÍO LÓPEZ LÓPEZ.
 Procurador Judicial.

PROCEEDINGS

OF THE BOARD OF DIRECTORS

OF THE NATIONAL ASSOCIATION OF REALTORS

1954

MEMORANDUM

TO: THE BOARD OF DIRECTORS

FROM: [Illegible Name]

[Illegible body text]

[Illegible signature]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]



Pereira Rda-Marzo 29 de 2012.

Oficio I- 38 -No.0408.

Señor

Jhon Fernando Jiménez.

Manzana 4b. Casa N° 20

Berro Samana II

Pereira Risaralda

Ref.: Comunicando Archivo. Caso N° 66001600035-2012-00116.

Cordialmente me permito **COMUNICARLE** que esta Fiscalía mediante decisión de Marzo 27 de 2012, se dio aplicación al Artículo 19 del Código de Procedimiento Penal, **ORDENANDO EL ARCHIVO DE LAS DILIGENCIAS**, por Atipicidad de la conducta, dentro del caso de la referencia que este despacho tramita por el presunto delito de Homicidio por Establecer en donde figura como occiso el bebe de Adriana Porras Correa.

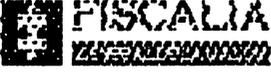
En consecuencia y de conformidad con la norma en mención se le comunica esta decisión como denunciante, así mismo al Agente del Ministerio Público, haciéndoles saber que contra esta decisión no procede recurso alguno, pero en el evento que surjan nuevos elementos probatorios la indagación se reanudará mientras no se haya extinguido la acción penal.

Atentamente

HEATHER ALICIA RAMÍREZ MELDRETTA.

Fiscal Treinta y ocho unidad de indagación.

Fiscalía General de la Nación
UNIDAD DE INDAGACIÓN – FISCALÍA TREINTA Y OCHO
Palacio de Justicia. Torre C. Basamento.
Pereira / Risaralda

	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F-
	CONSTANCIA	Versión: 01 Página 1 de 1

Departamento Risaralda Municipio Pereira Fecha ABRIL 27 DE 2012 Hora: 09:24

1. Código único de la investigación:

6	6	0	0	1	6	0	0	0	0	3	6	2	0	1	2	0	0	1	1	6
Dpto		Municipio			Entidad		Unidad Receptora					Año			Consecutivo					

2. Descripción del asunto (indique brevemente los motivos de la constancia):

En la fecha, COMUNICO PERSONALMENTE a la Victima dentro del presente caso, a ADRIANA PORRAS CORREA, identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° 42.029.483 en calidad de victima, como madre de la occisa., la decisión de esta Fiscalía de fecha MARZO 27 DE 2012, en a cual se le dio aplicación al Artículo 79 del Código de Procedimiento Penal, ***ORDENANDO EL ARCHIVO DE LAS DILIGENCIAS***, por ***atipicidad de la conducta*** dentro de la actuación de la referencia que se tramitó el delito de Homicidio por Establecer en donde figura como occisa Bebe hijo de Adriana Porras Correa.

3. Funcionaria:

Unidad		Especialidad	INDAGA				Código Fiscal			3	8	
Nombre y apellido del Fiscal:		BEATRIZ ALICIA IDARRAGA PIEDRAHITA.										
Dirección:		PALACIO DE JUSTICIA TORRE C. BASAMENTO							Oficina:			
Departamento:		Risaralda					Municipio:		PEREIRA			
Teléfono:		3265402-EXT. 181.			Correo electrónico:							

Enterado,

ADRIANA PORRAS CORREA ADRIANA PORRAS CORREA

Victima

Nombres y apellidos de quien deja la constancia: MARIA LILIA MONTOYA MOLINA

Firma,

Nombres y apellidos del Fiscal: BEATRIZ ALICIA IDARRAGA PIEDRAHITA,
FISCAL 38 SECCIONAL. UNIDAD DE INDAGACIÓN.