Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO
Zipaquirá, Cundinamarca, veintitrés de mayo de dos mil veinticinco

Radicado	25899 31 03 003 2023 00130 00
Asunto	Acta de Audiencia Inicial Continuación

Se procede a elaborar acta de la audiencia celebrada el día señalado en el encabezado, en los términos dispuestos en el artículo 107, numeral 6, del C.G.P., así:

Hora de inicio: 02:20 p.m. Hora de Fin: 05:20 p.m.

1. Intervinientes:

Nombre	**Calidad**
José Francisco Velásquez Camacho c.c. 11.276.305 Lina María Cardona c.c. 1.104.675.477 Nicolás Felipe Velásquez Romero c.c. 1.016.943.820	Demandante (s)
Diana del Pilar Gómez Camargo T.P. 192.112 del C.S.J.	Apoderada Sustituta parte demandante
Carlos Osvaldo Neisa Mancipe c.c. 74.357.187 Sergio Andrés Serrano Rivero c.c. 98.658.482 Representante Legal de Transportes y Servicios Transer S.A.	Demandados(s)
Mónica María Ramos Mejía T.P. 102.225 del C.S.J.	Apoderada Demandados
Sandra Milena Orjuela Velásquez c.c. 52.430.144 Representante Legal y Jurídica Bancolombia	Demandado(s)
Luis Antonio Orjuela Morales T.P. 208.415 C.S.J.	Apoderado Bancolombia
María Teresa Moriones Robayo c.c. 31.472.377 Representante Legal de la Equidad Seguros	Demandado(s)
Brenda Patricia Díaz Vidal T.P. 398.429 notificaciones@gha.com.co	Apoderada Sustituta de Equidad Seguros Organismo Cooperativo

2. Etapas desarrolladas:

2.1 Previamente a la iniciación de la audiencia las partes manifestaron no haber llegado a una conciliación por lo que se declaró fracasada esta etapa.

2.2 Interrogatorio de parte. Se inició con la representante legal de la aseguradora, se continuó con los señores José Francisco Velásquez, Carlos Osvaldo Neisa Mancipe, Lina María Cardona, la representante legal de Bancolombia y el señor Nicolás Felipe Velásquez y se terminó con el representante legal de Transer.

2.3 Fijación del litigio: La abogada Brenda Díaz, dijo que recibió la venia de la aseguradora para ofrecer una suma diferente a la parte demandante y pidió que, antes de fijar el litigio, se abriera nuevamente el espacio para una conciliación.

2.4 El Despacho concedió la palabra a la apoderada para materializar el ofrecimiento; la abogada manifestó que la suma se ubicaría en los $230.000.000, que se sumarían a los $30.000.000 ofrecidos por Transer y darían un total de $260.000.000, por lo que se dio inicio a la conciliación, las partes llegaron a un acuerdo sobre esta suma y solicitaron al Despacho materializar el acuerdo en esta audiencia, ante lo cual el señor Juez accedió.

2.5 Se llegó al siguiente acuerdo conciliatorio.

PRIMERO. Las partes acuerdan como suma conciliatoria del presente proceso el valor de $260.000.000, los cuales serán pagados de la siguiente manera: a) por la Equidad Seguros la suma de $230.000.000, que serán cancelados dentro de los 20 días siguientes a la entrega de los documentos requeridos para la aseguradora a fin de afectar la póliza y $30.000.000, que serán entregados por la sociedad demandada Transer S.A., dentro de los 15 días siguientes a la presente conciliación, los cuales serán consignados así:.

–De los $230.000.000 a pagar por la EQUIDAD SEGUROS, $178.000.000 serán consignados a la cuenta que certifique el señor José Francisco Velásquez y $52.000.000 serán consignados a la cuenta que presente la firma apoderada de los demandantes, tal como se anunció dentro de los términos anteriormente señalados.

-Los $30.000.000 a pagar por TRANSER S.A. serán consignados a la cuenta que certifique el señor José Francisco Velásquez.

SEGUNDO. Las partes están de acuerdo con la suma conciliada y disponen dar por terminado el presente proceso sin reconocimiento de costas procesales, haciendo tránsito a cosa juzgada y la parte demandante desistirá de la investigación penal, una vez sea cancelada la demanda.

TERCERO. Se decretará el levantamiento de las medidas cautelares aquí practicadas.

Se notificó en estrados y las partes aceptaron la conciliación.

Adición: los 20 días que tardaría el pago de lo concerniente a la Equidad, serían días hábiles y posteriores a la entrega de los documentos requeridos y su revisión.

Se notificó en estrados y todos conformes.

Una vez realizados los pagos, entonces se pedirán los respectivos paz y salvos y se emitirán así mismo, los certificados de que este litigio hace tránsito a cosa juzgada y se expedirá copia del acta contentiva de la presente conciliación a cada una de las partes, para los efectos legales y en particular para los efectos de prestar mérito ejecutivo.

En firme el acuerdo conciliatorio y toda vez que el mismo dispone la terminación del presente proceso, se dio por terminada la presente diligencia.

3. Vínculos para acceder a la grabación de la audiencia:

3.1. 102AudienciaInicialContinuacion20250523_142022Grabacion.mp4

En constancia todo lo anterior, se firma:

(Firma electrónica)
OSCAR LEONARDO MORA BONILLA
Juez

Firmado Por:
Oscar Leonardo Mora Bonilla
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 003
Zipaquira - Cundinamarca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **25d170cf12922cc206b230011d4fe4884b0e7cc65e878c15452233d873ee79f1**
Documento generado en 29/05/2025 10:53:40 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

N° SINIESTRO

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	05	06	2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Gomez | SEGUNDO APELLIDO: Camargo | PRIMER NOMBRE: Diana | SEGUNDO NOMBRE: del Mar

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R [ ] OTR [ ] NUMERO: 35.422.288 | LUGAR DE EXPEDICIÓN: Floridablanca | FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/08/1997 | SEXO F [X] M [ ]

FECHA DE NACIMIENTO: | NACIONALIDAD: | OCUPACIÓN / PROFESIÓN:

ESTADO CIVIL: CASADO [X] SOLTERO [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: 3 | ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] AMA DE CASA [ ] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [X] | ACTIVIDAD ECONÓMICA: Abogada

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: B&G Abogados Asociados | CARGO: Abogada

CIUDAD: Socorro | DIRECCIÓN: Apostentas Casa 311 | TELEFONO: 3103027703 | FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 10 No 4-23 Of 306 | CIUDAD DE RESIDENCIA:

TELEFONO: | CELULAR: 310 302 7003 | EMAIL: dianagomezcamargo@hotmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI [ ] NO [X] | POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI [ ] NO [X]

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI [ ] NO [X]

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____ NIT: _____

REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

C.C. [ ] C.E. [ ] NUMERO: _____ | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DATOS OFICINA PRINCIPAL DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

PAG. WEB

DATOS SUCURSAL O AGENCIA DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

TIPO DE EMPRESA: PUBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] CIVIL [ ] OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		

3. INFORMACION FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES	$ 21'424.000	ACTIVOS	$ 763.885.000
EGRESOS MENSUALES	$ 000	PASIVOS	$ 151.365.000
OTROS INGRESOS	$ 000	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				[ ]	[ ]
				[ ]	[ ]

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): No.
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL	*PERSONA JURIDICA*
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).	EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Diana Mar Camargo

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 35.422.288

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS

NOMBRE: CÉDULA:

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIMACIÓN DE DATOS

GRG-FO-0040
06/2017

Powered by CamScanner

equidad seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR [ ] BENEFICIARIO [X] INTERMEDIARIO [ ] OTRO [ ] CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS [ ] INDEMNIZACIÓN [X] PRESTACIÓN DE SERVICIOS [ ] OTRO [ ] CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Diana del Pilar		PRIMER APELLIDO: Gomez	SEGUNDO APELLIDO: Camargo
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	NÚMERO: 35.422.288	FECHA EXPEDICION: 22/08/1997	CIUDAD EXPEDICION: Fonquira.
DIRECCION: Aposentos Casa 311		CIUDAD: Sopo	DEPARTAMENTO: Cundinamarca
TELEFONOS:		FAX:	CELULAR: 310 302 7903

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 33268171938	CORRIENTE [ ] AHORROS [X]	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO: Bancolombia	SUCURSAL	CIUDAD

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION		FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION		FAX

Asi mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: Fonquira a los (05) del mes de Junio de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello

Diana Pilar Gomez Camargo
Firma y Cédula Persona Natural
CC 35.422.288

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

35422288
NUMERO

GOMEZ CAMARGO
APELLIDOS

DIANA DEL PILAR
NOMBRES

Diana Gómez Camargo
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1979

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

22-AGO-1997 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1534000-39097502-F-0035422288-20020130 04393 02030A 02 100582440

Certificación
Bancaria

Jueves, 05 de junio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DIANA DEL PILAR GOMEZ CAMARGO identificado(a) con CC 35422288, 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	33268171938	2011-03-29	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.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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 correosospechoso@bancolombia.com.co

Powered by CamScanner

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

N° SINIESTRO _____

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	03	Junio	2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Velásquez	Camacho	Jose	Francisco

C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] OTR [ ] NÚMERO: 11276305 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cajica FECHA DE EXPEDICIÓN: 03-04-2007 SEXO F [ ] M [X]

FECHA DE NACIMIENTO: 1984-02-20 NACIONALIDAD: Colombiano OCUPACION / PROFESION: Bachiller Acad.

ESTADO CIVIL: CASADO [ ] SOLTERO [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: 2 ESTRATO: C1

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] AMA DE CASA [ ] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [ ] ACTIVIDAD ECONÓMICA:

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA | CARGO

CIUDAD | DIRECCION | TELEFONO | FAX

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 9 #10-40 CIUDAD DE RESIDENCIA: Cajica

TELEFONO | CELULAR: 3012185903 | EMAIL: pachito0608@gmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? [ ] SI [X] NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P[ ]CO? [ ] NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? [ ] SI [X] NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL _____ NIT _____

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

C.C. [ ] C.E [ ] NÚMERO _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO:

PAG. WEB | FAX:

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] CIVIL [ ] OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN) :

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES	$ 1'200.000	ACTIVOS	$ 160'000.000
EGRESOS MENSUALES	$ 2'900.000	PASIVOS	$ -0-
OTROS INGRESOS	$ -0-	CONCEPTO OTROS INGRESOS	-0-

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				[ ]	[ ]
				[ ]	[ ]

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL	PERSONA JURIDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).	EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Francisco Velásquez C.C. 11270305

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS	OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIMACIÓN DE DATOS.
NOMBRE: CÉDULA:	

GRG-FO-0040
06/2017

Powered by CamScanner

equidad seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☐ INTERMEDIARIO: ☐ OT: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIOS: ☐ C: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Jose Francisco		PRIMER APELLIDO: Velásquez	SEGUNDO APELLIDO: Camacho
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C.	NÚMERO: 11276305	FECHA EXPEDICION: 03-01C-2002	CIUDAD EXPEDICIÓN: Cajicá
DIRECCION: Calle 9 # 10-40		CIUDAD: Cajicá	DEPARTAMENTO: Cundinamarca
TELEFONOS:		FAX:	CELULAR: 3012185903

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 462500043122		CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO: Davivienda		SUCURSAL	CIUDAD

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION		FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION		FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: Cajicá a los (3) del mes de Junio de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural CC. 11270305

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 11.276.305
VELASQUEZ CAMACHO

APELLIDOS
JOSE FRANCISCO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1984
CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

03-DIC-2002 CAJICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1503100-01190024-M-0011276305-20201216 0072854814A 1 9914087817

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CAJICA, **03/06/2025**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOSE VELAZQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **11276305**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550462500043122**
Fecha de apertura	**14/09/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Outlook

DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL CUI: 257586101204202080015 - JOSE FRANCISCO VELASQUEZ CAMACHO

Desde BARRAGAN GOMEZ ABOGADOS ASOCIADOS SAS <procesosbarragangomez@hotmail.com>
Fecha Vie 06/06/2025 16:42
Para fis1locsopo@fiscalia.gov.co <fis1locsopo@fiscalia.gov.co>

1 archivo adjunto (354 KB)
DESISTIMIENTO .pdf;

SEÑOR
FISCAL LOCAL 01 DE SOPO
fis1locsopo@fiscalia.gov.co
E. S. D.

CUI: 257586101204202080015
REF: DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL
DENUNCIANTE: JOSE FRANCISCO VELASQUEZ CAMACHO

JOSE FRANCISCO VELASQUEZ CAMACHO, mayor de edad, con residencia y domicilio en Cajicá– Cundinamarca, identificado con la cédula de ciudadanía número **11.276.305**, obrando en nombre propio, en mi condición de víctima directa y perjudicado con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el 15 de abril de 2.020; mediante el presente escrito manifiesto que desisto de la denuncia o de cualquier acción penal en el radicado de la referencia

De igual forma debo indicar que respecto a los hechos acaecidos el 15 de abril de 2.020, objeto de investigación fui resarcido en forma total mediante acción civil.

Del señor Fiscal,

Atentamente,

JOSE FRANCISCO VELASQUEZ CAMACHO
C. C. 11.276.305

SEÑOR
FISCAL LOCAL 01 DE SOPO
fis1locsopo@fiscalia.gov.co
E. S. D.

CUI: 257586101204202080015
REF: DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL
DENUNCIANTE: JOSE FRANCISCO VELASQUEZ CAMACHO

JOSE FRANCISCO VELASQUEZ CAMACHO, mayor de edad, con residencia y domicilio en Cajicá– Cundinamarca, identificado con la cédula de ciudadanía número **11.276.305**, obrando en nombre propio, en mi condición de víctima directa y perjudicado con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el 15 de abril de 2.020; mediante el presente escrito manifiesto que desisto de la denuncia o de cualquier acción penal en el radicado de la referencia

De igual forma debo indicar que respecto a los hechos acaecidos el 15 de abril de 2.020, objeto de investigación fui resarcido en forma total mediante acción civil.

Del señor Fiscal,

Atentamente,

JOSE FRANCISCO VELASQUEZ CAMACHO
C. C. 11.276.305

Powered by CamScanner