

Señores

JUZGADO TERCERO (03) ADMINISTRATIVO ORAL DE CALI

E. S. D.

Referencia : **DEMANDA DE REPARACIÓN DIRECTA**
Demandante : **YESENIA CAMBINDO VELEZ Y OTROS**
Demandado : **MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**
Radicación : **76001333300320210008300**

DUBERNEY RESTREPO VILLADA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N°. 6'519,717 expedida en Ulloa (Valle), portador de la Tarjeta Profesional No. 126.382 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de la parte demandante, de conformidad con lo acordado en la etapa de conciliación de la audiencia inicial celebrada el pasado 26 de agosto de 2025, por medio del presente escrito respetuosamente informo al Despacho lo siguiente:

1. Mis mandantes ratifican la aceptación de la propuesta conciliatoria realizada en la audiencia referida por el MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI y las aseguradoras llamadas en garantía, que consistió en el pago en favor de los demandantes de la suma única y definitiva de \$190.000.000,00.
2. Mis mandantes ratifican la aceptación para que la suma mencionada sea cancelada de la siguiente manera:
 - a. La ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pagará la suma de \$140.600.000 en favor del señor CARLOS HUGO CAMBINDO DIAZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 4759095 en la Cuenta ahorros No. 0550488443831604 del banco Davivienda.

Dicho pago se realizará dentro de los 20 días hábiles siguientes a la aprobación del acuerdo por parte del Despacho y a la presentación de los siguientes documentos:

- El Sarlaft debidamente diligenciado por el beneficiario del pago.
 - La copia de la cédula de ciudadanía.
 - El Rut del beneficio del pago.
 - El certificado de la cuenta bancaria en la que se realizará el pago.
- b. La ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pagará la suma de \$47.500.000 en favor de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S. identificada con el NIT: 9010588851 en la cuenta corriente No. 21003465920 del Banco Caja Social.

Dicho pago se realizará dentro de los 20 días hábiles siguientes a la aprobación del acuerdo por parte del Despacho y a la presentación de los siguientes documentos:

- El Sarlaft debidamente diligenciado por el beneficiario del pago.
 - El certificado de existencia y representación legal de la sociedad beneficiaria del pago.
 - La copia de la cédula de ciudadanía del representante legal de la sociedad.
 - El Rut de la sociedad beneficiaria del pago.
 - El certificado de la cuenta bancaria en la que se realizará el pago.
- c. MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI pagará la suma de \$1.900.000,00 en favor del señor CARLOS HUGO CAMBINDO DIAZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 4759095 en la Cuenta ahorros No. 0550488443831604 del banco Davivienda.

Dicho pago se realizará dentro de los 30 días hábiles siguientes a la aprobación del acuerdo por parte del Despacho, previa presentación de los siguientes documentos:

- El Sarlaft debidamente diligenciado por el beneficiario del pago.
 - La copia de la cédula de ciudadanía.
 - El Rut del beneficio del pago.
 - El certificado de la cuenta bancaria en la que se realizará el pago.
3. Con el pago de la suma acordada, los demandantes se entienden reparados integralmente por los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales sufridos como consecuencia del accidente que se presentó el día 01 de abril de 2019, aproximadamente a las 19:10 horas, a la altura de la calle 70, carrera 7M bis de Santiago de Cali, en el que resultó lesionada la señora YESENIA CAMBINDO VELEZ cuando se desplazaba conduciendo la motocicleta de placa SLF56D, marca Yamaha, de color violeta y negro, que presentó volcamiento como consecuencia de la presencia de un hueco de gran profundidad en la vía que no se encontraba señalizado.

PETICIÓN

Con base en lo expuesto, respetuosamente solicito al Despacho aprobar el acuerdo alcanzado por las partes en la etapa de conciliación de la audiencia inicial celebrada el pasado 26 de agosto de 2025.

ANEXOS

Para efectos del trámite del pago de la suma conciliada, desde este momento apporto los documentos requeridos según el acuerdo, que específicamente son los siguientes:

1. El Sarlaft debidamente diligenciado por el señor CARLOS HUGO CAMBINDO DIAZ.
2. La copia de la cédula de ciudadanía del señor CARLOS HUGO CAMBINDO DIAZ.
3. El Rut del señor CARLOS HUGO CAMBINDO DIAZ.
4. El certificado de la cuenta bancaria del señor CARLOS HUGO CAMBINDO DIAZ.
5. El Sarlaft debidamente diligenciado por la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S.

6. El certificado de existencia y representación legal de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S.
7. La copia de la cédula de ciudadanía del representante legal de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S.
8. El Rut de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S.
9. El certificado de la cuenta bancaria de la LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S.

Cordialmente,



DUBERNEY RESTREPO VILLADA
C.C. No. 6'519.717 de Ulloa Valle.
T.P. 126.382 del C.S. de la J.

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14769612538



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 4 7 5 9 0 9 5	6. DV 2	12. Dirección seccional Impuestos de Cali	14. Buzón electrónico 5
---	------------	--	----------------------------

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	<input type="checkbox"/>	63. Formas asociativas	<input type="checkbox"/>	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	<input type="checkbox"/>
65. Fondos	<input type="checkbox"/>	66. Cooperativas	<input type="checkbox"/>	67. Sociedades y organismos extranjeros	<input type="checkbox"/>
68. Sin personería jurídica	<input type="checkbox"/>	69. Otras organizaciones no clasificadas	<input type="checkbox"/>	70. Beneficio	<input type="checkbox"/>

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	0 9		82. Nacional	_____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	_____	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	1 9 9 0 0 9 2 7	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matricula mercantil	2 7 3 7 9 7 - 1	_____		
78. Departamento	7 6	_____		
79. Ciudad/Municipio	8	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		_____		-
2		_____		-
3		_____		-
4		_____		-
5		_____		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14769612538



(415)7707212489984(8020) 000001476961253 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Cali

5

14. Buzón electrónico

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 en establecimientos no especializados con surtido col. 4 7 1 1
162. Nombre del establecimiento SUPERMERCADO NICHE	
163. Departamento Valle del Cauca 7 6	164. Ciudad/Municipio Cali 0 0 1
165. Dirección CR 7 NORTE 38 B N 22	
166. Número de matrícula mercantil 2 7 3 7 9 8 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 1 9 9 0 0 9 2 7
168. Teléfono 4 3 8 4 3 1 5	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
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

FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL FAMILIAR COMERCIAL SIN VÍNCULO

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)

TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL <input type="checkbox"/> No. 4759095	LUGAR DE EXPEDICIÓN SANTANDER DE QUILICHAO	FECHA DE EXPEDICIÓN	1 DIA 4 1 MES 2 1 9 AÑO 8 1
PRIMER APELLIDO CAMBINDO	SEGUNDO APELLIDO DIAZ	PRIMER NOMBRE CARLOS	SEGUNDO NOMBRE HUGO
DIRECCIÓN DOMICILIO CALLE 718 No. 4N-50	CIUDAD/MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI	DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	NACIONALIDAD COLOMBIANO
CORREO ELECTRÓNICO MAYACAMBINDO@GMAIL.COM	CELULAR 3148054100	TELÉFONO DOMICILIO Opcional	TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA 3148054100
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO CALOTO CAUCA	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
CORREO FACTURA ELECTRÓNICA MAYACAMBINDO@GMAIL.COM	ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input checked="" type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/> CODIGO CIIU (*) 0020		

DETALLE:
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):
1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta? SI NO 2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI NO 3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI NO
4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI NO

NOTA SARLAFT

De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora, como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregarlos formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación. Solo aplica para PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES.

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

INGRESO MENSUAL \$5,000,000	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ 0	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ 5,000,000	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ 3,500,000
TOTAL ACTIVOS \$ 100,000,000	TOTAL PASIVOS \$ 0		

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE:						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
3. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
6. Origen de ingresos: De mi actividad económica Otros ¿Cuáles? PENSIONADO

CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:
1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
3. El alcance de los servicios de intermediación.
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

Consideraciones:
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiere el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL FEM-CL-1 V.11

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la representante, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

- i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor
- ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual
- iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre
- iv) El control y la prevención del fraude
- v) La liquidación y pago de siniestros
- vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera
- vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral
- viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora
- ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora
- x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS
- xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia
- xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo
- xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012
- xiv) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013
- xv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA, ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros, iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro, iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro, v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

- a) FASECOLD cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente. Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, al pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado, dicha finalidad deberá incluir la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización. La autorización referida también deberá incluir la facultad de consultar al Asegurado en centrales de información, así como la autorización requerida por la Ley 2300 de 2023 en los términos indicados por LA ASEGURADORA en el título de Canales Autorizados del presente documento.
3. Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

Parágrafo: Este acuerdo es aplicable para los Contratos de Seguro, donde el tomador es diferente al asegurado. Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. adquiere la calidad de encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien es el responsable de la información.

FIRMA Y HUELLA

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 a los 27 días del mes de AGOSTO del año 2025 en la ciudad de _____.

CARLOS H. CAMBINDO
CARLOS HUGO CAMBINDO DIAZ
NOMBRE

FIRMA
Tipo y N° Documento: CC 4759095



OBSERVACIÓN HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____
RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
4.759.095

APELLIDOS
CAMBINDO DIAZ

NOMBRES
CARLOS HUGO

FIRMA
Carlos Hugo Cambindo



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CALOTO
(CAUCA)

03-AGO-1962

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

B+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
14-DIC-1981 SANTANDER DE QUILICHAO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAHA



A-3100100-43165092-M-0004759095-20071113

0305007317C 02 223751555

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que CARLOS HUGO CAMBINDO con Cédula de Ciudadanía número 4759095 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS DAMAS	0550488443831604	\$0,00	---	\$0,00	\$0,12	\$0,13

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.
La presente certificación se expide el 2025/08/21 en la ciudad CALI



FIRMA AUTORIZADA
Banco Davivienda

FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA



SUSCRIPCIÓN SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL FAMILIAR COMERCIAL SIN VÍNCULO

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA (TOMADOR – ASEGURADO – BENEFICIARIO)

RAZÓN SOCIAL: LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S. NIT: 901058885-1 CORREO ELECTRÓNICO: GERENCIA@LTRABOGADOS.COM

PRIMER APELLIDO: RESTREPO SEGUNDO APELLIDO: VILLADA PRIMER NOMBRE: DUBERNEY SEGUNDO NOMBRE:
 TIPO DE DOCUMENTO: CC CE PASAPORTE OTRO CUAL: No. 6591717 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: ULLOA VALLE DÍA: 3 MES: 0 AÑO: 2019
 DIRECCIÓN DOMICILIO: AV 4 NORTE No. 23D-34 OF. 202 TELÉFONO/CELULAR: 3016112931 CORREO ELECTRÓNICO: DRESTREPO@LTRABOGADOS.COM CIUDAD/MUNICIPIO: SANTIAGO DE CALI DEPARTAMENTO: VALLE

TIPO DE EMPRESA: PRIVADA MIXTA PÚBLICA SECTOR SOLIDARIO TIPO DE SOCIEDAD: ANÓNIMA LIMITADA SOCIEDAD COLECTIVA SOC. COMANDITA X ACCIONE SAS SOC. COMANDITA SIMPLE

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA EDUCACIÓN SERV. FINANCIEROS ¿OTRO? SERVICIOS JURÍDICOS CÓDIGO CIU: *

DETALLE: SERVICIOS JURÍDICOS DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL: AV 4 NORTE 23D-34 OF. 202 TELÉFONO/CELULAR: 3016112931 CIUDAD/MUNICIPIO: SANTIAGO DE CALI DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
 DIRECCIÓN SUCURSAL: TELÉFONO/CELULAR: CIUDAD/MUNICIPIO: DEPARTAMENTO:

PERSONA DE CONTACTO: DUBERNEY RESTREPO VILLADA TELÉFONO CELULAR: 3016112931 - 3167563491

CORREO FACTURA ELECTRÓNICA: GERENCIA@LTRABOGADOS.COM TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA: 3016112931

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

No.	T.Doc	N°. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	¿ES CONSIDERADO PEP?
1.	CC	6519717	RESTREPO	VILLADA	DUBERNEY		100	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA/ CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O SUS EQUIVALENTES

No.	T.Doc	N°. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	¿ES CONSIDERADO PEP?
1.	CC	6519717	RESTREPO	VILLADA	DUBERNEY		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

NOTA SARLAFT

De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregarlos formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación.

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA

INGRESO MENSUAL \$ 77.199.666	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ 0	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ 77.199.666	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ 50.242.000
TOTAL ACTIVOS \$ 504.689.546	TOTAL PASIVOS \$ 108.954.532		

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos?
 IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ. PAGO DE SERVICIOS SI NO
 OTRO DETALLE:

TIPO DE PRODUCTO IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO ENTIDAD MONTO CIUDAD PAÍS MONEDA

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:
 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
 2. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
 5. Origen de Ingresos: De mi actividad económica Otros ¿Cuáles? _____

CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1326 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiere el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta a las pólizas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA FM-CCL12 V.9

VIGILADO

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

Consideración:

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

- a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el Tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado, dicha finalidad deberá incluir la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización. La autorización referida también deberá incluir la facultad de consultar al Asegurado en centrales de información, así como la autorización requerida por la Ley 2300 de 2023 en los términos indicados por LA ASEGURADORA en el título de Canales Autorizados del presente documento.
3. Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

Parágrafo: Este acuerdo es aplicable para los Contratos de Seguro, donde el tomador es diferente al asegurado. Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. adquiere la calidad de encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien es el responsable de la información.

FIRMA Y HUELLA

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 a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____

DUBERNEY RESTREPO VILLADA
NOMBRE

FIRMA
Tipo y N° Documento: CC 6519717



OBSERVACION HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____

RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO



Camara de Comercio de Cali
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL
Fecha expedición: 27/08/2025 05:32:49 pm

Recibo No. 9880578, Valor: \$11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 08253GB1LI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S
Nit.: 901058885-1
Domicilio principal: Cali

MATRÍCULA

Matrícula No.: 978701-16
Fecha de matrícula en esta Cámara: 28 de febrero de 2017
Último año renovado: 2025
Fecha de renovación: 26 de marzo de 2025
Grupo NIIF: Grupo III.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: AV 4 # 23 D NORTE - 34 OF 202
Municipio: Cali - Valle
Correo electrónico: gerencia@ltrabogados.com
Teléfono comercial 1: 3016112931
Teléfono comercial 2: 3174329381
Teléfono comercial 3: 3451688

Dirección para notificación judicial: AV 4 # 23 D NORTE - 34 OF 202
Municipio: Cali - Valle
Correo electrónico de notificación: gerencia@ltrabogados.com
Teléfono para notificación 1: 3016112931
Teléfono para notificación 2: 3174329381
Teléfono para notificación 3: 3451688

La persona jurídica LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S SI autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Camara de Comercio de Cali
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 27/08/2025 05:32:49 pm

Recibo No. 9880578, Valor: \$11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 08253GB1LI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 22 de febrero de 2017 de Cali, inscrito en esta Cámara de Comercio el 28 de febrero de 2017 con el No. 2930 del Libro IX, se constituyó sociedad de naturaleza Comercial denominada LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S

TERMINO DE DURACIÓN

VIGENCIA: INDEFINIDA.

OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL. LA SOCIEDAD TENDRÁ COMO OBJETO PRINCIPAL LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL DERECHO Y AFINES, EN CUALQUIERA DE SUS RAMAS, A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL, PERO LO CUAL PODRÁ EMPLEAR PROFESIONALES DEL DERECHO Y DE OTRAS RAMAS VINCULADOS COMO EMPLEADOS, SOCIOS, ASOCIADOS, SUBCONTRATISTAS Y EN GENERAL CUALQUIER TIPO DE VINCULACIÓN LEGAL O CONVENCIONAL, ASÍ MISMO LA SOCIEDAD PODRÁ REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD COMERCIAL Y/O CIVIL LICITA EN COLOMBIA O EN EL EXTRANJERO. PARA EL DESARROLLO DEL PRESENTE OBJETO SOCIAL, LA SOCIEDAD PODRÁ REALIZAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, SIN LIMITARSE A ESTAS:

A) CELEBRAR Y EJECUTAR EN CUALQUIER LUGAR TODO ACTO O CONTRATO CUALESQUIERA OPERACIONES COMERCIALES O CIVILES QUE ESTÉN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON SU OBJETO SOCIAL; B) REPRESENTAR FIRMAS NACIONALES O EXTRANJERAS, QUE TENGAN QUE VER CON EL OBJETO SOCIAL; C) COMPRAR, VENDER, GRAVAR, DAR O TOMAR EN ARRIENDO BIENES INMUEBLES; D) DAR Y RECIBIR DINERO A CUALQUIER TÍTULO, CON INTERÉS O SIN ÉL, CON GARANTÍAS O SIN ELLAS; E) GIRAR, ACEPTAR, NEGOCIAR, DESCONTAR, ENDOSAR, ADQUIRIR, AVALAR, PROTESTAR, PAGAR LETRAS DE CAMBIO, PAGARÉS, CHEQUES Y EN GENERAL, TODA CLASE DE TÍTULOS VALORES Y DEMÁS DOCUMENTOS CIVILES Y/O COMERCIALES, O ACEPTARLOS EN PAGO; F) TOMAR PARTE COMO SOCIEDAD ACCIONISTA EN OTRAS COMPAÑÍAS QUE TENGAN UN OBJETO SOCIAL SIMILAR O COMPLEMENTARIO AL PROPIO, MEDIANTE EL APOORTE DE DINERO O BIENES O LA ADQUISICIÓN DE ACCIONES O PARTE DE ELLAS, FUSIONARSE CON OTRAS SOCIEDADES O ABSORBERLAS; G) ABRIR ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO PARA DESARROLLAR SU OBJETO SOCIAL; H) TRANSIGIR, DESISTIR Y APELAR DECISIONES ARBITRALES O JUDICIALES EN LAS CUESTIONES QUE TENGA INTERÉS FRENTE A TERCEROS, A LOS ASOCIADOS MISMOS O A SUS TRABAJADORES.

CAPITAL

CAPITAL AUTORIZADO
Valor: \$15,000,000
No. de acciones: 15,000
Valor nominal: \$1,000

CAPITAL SUSCRITO
Valor: \$15,000,000

Fecha expedición: 27/08/2025 05:32:49 pm

Recibo No. 9880578, Valor: \$11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 08253GB1LI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

No. de acciones: 15,000
Valor nominal: \$1,000

CAPITAL PAGADO
Valor: \$15,000,000
No. de acciones: 15,000
Valor nominal: \$1,000

REPRESENTACIÓN LEGAL

LA REPRESENTACIÓN LEGAL Y DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SOCIEDAD ESTARÁ A CARGO DEL GERENTE, QUIEN SERÁ NOMBRADO POR LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS. EN CASO DE SER NOMBRADO POR LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, SERÁN NOMBRADOS DOS (2) SUPLENTE, QUIENES REEMPLAZARÁ AL GERENTE EN SUS FALTAS ABSOLUTAS, TEMPORALES O ACCIDENTALES.

PARÁGRAFO: LA DESIGNACIÓN DEL GERENTE Y LOS SUPLENTE SERÁN POR EL TÉRMINO QUE DESIGNE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, SIESTA NO LO FIJA, SE ENTENDERÁ DESIGNADO INDEFINIDAMENTE.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

FUNCIONES. EL GERENTE O SUPLENTE ADEMÁS DE LAS FUNCIONES Y ATRIBUCIONES LEGALES, PODRÁ CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL OBJETO SOCIAL O LAS ACTIVIDADES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA EXISTENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD, QUE NO HAYAN SIDO ATRIBUIDAS EXPRESAMENTE A OTRO ÓRGANO SOCIAL.

INCLUIDAS LAS SIGUIENTES:1) EJECUTAR LOS ACUERDOS RESOLUCIONES DE. LA ASAMBLEA. GENERAL DE ACCIONISTAS. 2) EJERCER LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA SOCIEDAD EN TODOS LOS ACTOS Y NEGOCIOS SOCIALES, PUDIENDO DELEGARLA EN EL SUPLENTE. 3) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE, ANTE TERCEROS Y ANTE CUALQUIER CLASE DE AUTORIDADES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PUDIENDO CONSTITUIR MANDATARIOS O APODERADOS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES. 4) CELEBRAR LIBREMENTE LOS ACTOS Y CONTRATOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL, SALVO AQUELLOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 43 RELATIVO A LAS FUNCIONES DE LA ASAMBLEA. 5) CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS. 6) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS EL PROYECTO DE PRESUPUESTO ANUAL DE INGRESOS Y EGRESOS. 7) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL, LOS ESTADOS FINANCIEROS DEL EJERCICIO JUNTO CON EL PROYECTO DE DISTRIBUCIÓN DE UTILIDADES Y DEMÁS ANEXOS EXPLICATIVOS. 8) RENDIR CUENTAS EN LOS CASOS PREVISTOS POR LA LEY. 9) SOMETER A ARBITRAJE O TRANSIGIR LAS DIFERENCIAS QUE LA SOCIEDAD TENGA CON TERCEROS.10) NOMBRAR Y REMOVER LOS FUNCIONARIOS CUYA DESIGNACIÓN NO CORRESPONDA A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. 11) VELAR PORQUE TODOS LOS FUNCIONARIOS DE LA COMPAÑÍA CUMPLAN ESTRICTAMENTE SUS DEBERES Y PONER EN CONOCIMIENTO DE LA ASAMBLEA CUALQUIER IRREGULARIDAD O FALTA GRAVE EN QUE INCURRIEREN. 12) EJECUTAR LA POLÍTICA LABORAL DE LA EMPRESA. 13) LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE CORRESPONDAN DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA LEY Y EN ESTOS ESTATUTOS.



Camara de Comercio de Cali
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 27/08/2025 05:32:49 pm

Recibo No. 9880578, Valor: \$11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 08253GB1LI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PARÁGRAFO: LOS SUPLENTE DEL GERENTE TENDRÁN LAS MISMAS FUNCIONES DEL GERENTE.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 22 de febrero de 2017, inscrito en esta Cámara de Comercio el 28 de febrero de 2017 con el No. 2930 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE	DUBERNEY RESTREPO VILLADA	C.C.6519717

Por Acta No. 004 del 18 de diciembre de 2024, de Asamblea De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 26 de diciembre de 2024 con el No. 25474 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	MARIANA RESTREPO MARULANDA	C.C.1118236070

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6910
Actividad secundaria Código CIIU: 7020
Otras actividades Código CIIU: 6621



Camara de Comercio de Cali
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 27/08/2025 05:32:49 pm

Recibo No. 9880578, Valor: \$11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 08253GB1LI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo provisto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es: MICRO

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$721,837,867

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:6910

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Fecha expedición: 27/08/2025 05:32:49 pm

Recibo No. 9880578, Valor: \$11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 08253GB1LI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.



Ana M. Lengua B.

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141159236499



(415)7707212489984(8020) 000014115923649 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 0 5 8 8 8 5

1

Impuestos de Cali

5

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

Persona jurídica

1

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

39. Departamento

Valle del Cauca

7

40. Ciudad/Municipio

Cali

0

0 1

41. Dirección principal

AV 4 NORTE 3 D N 34 OF 202

42. Correo electrónico

gerencia@ltrabogados.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 6 1 1 2 9 3 1

45. Teléfono 2

3 1 7 4 3 2 9 3 8 1

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 7 0 2 2 2

7 0 2 0

2 0 1 7 0 2 2 2

6 6 2 1

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

7

1

4

4

2

4

8

5

2

5

5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

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:

0

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 RESTREPO VILLADA DUBERNEY

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141159236499



(415)7707212489984(8020) 000014115923649 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 0 5 8 8 8 5

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	0 4		82. Nacional	1 0 0 %
72. Número			83. Nacional público	0 . 0 %
73. Fecha	2 0 1 7 0 2 2 2		84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría			85. Extranjero	0 %
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público	0 . 0 %
76. Fecha de registro	2 0 1 7 0 2 2 8		87. Extranjero privado	0 . 0 %
77. No. Matrícula mercantil	9 7 8 7 0 1 - 1 6			
78. Departamento	7 6			
79. Ciudad/Municipio	8			
Vigencia				
80. Desde	2 0 1 7 0 2 2 2			
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1			

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia de Sociedades

5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 7 0 3 2 7		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141159236499



(415)7707212489984(8020) 000014115923649 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 5 8 8 8 5	1	Impuestos de Cali	5

Representación

1	98. Representación REPRS LEGAL PRIN		1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 7 0 2 2 8	
	100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní		101. Número de identificación 1 3 6 5 1 9 7 1 7		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido RESTREPO		105. Segundo apellido VILLADA		106. Primer nombre DUBERNEY	
	107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
2	98. Representación REPRS LEGAL SUPL		1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 4 1 2 1 8	
	100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 3 1 1 1 8 2 3 6 0 7 0		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido RESTREPO		105. Segundo apellido MARULANDA		106. Primer nombre MARIANA	
	107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
3	98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación	
	100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
	107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
4	98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación	
	100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
	107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
5	98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación	
	100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
	107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

LTR ABOGADOS CONSULTORES SAS

Identificado con

NI9010588851

Actualmente posee(n) la CUENTA CORRIENTE PYME, radicada en la oficina 0346 CHIPICHAPE, con las siguientes características:

<i>Cuenta Corriente No.</i>	:	<i>21003465920</i>
<i>Fecha de Apertura</i>	:	<i>26 de abril de 2017</i>
<i>Condiciones de Manejo</i>	:	<i>Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector</i>
<i>Estado</i>	:	<i>CUENTA ACTIVA</i>

Esta constancia se expide con destino a: **A QUIEN PUEDA INTERESAR Agosto 27 de 2025**

Cordialmente,

Efectuado por:

D9D5A2U2 - DAVID IVAN DUQUE ACHIPIZ



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **6.519.717**

RESTREPO VILLADA

APELLIDOS

DUBERNEY

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1980**

ULLOA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

A+

G.S. RH

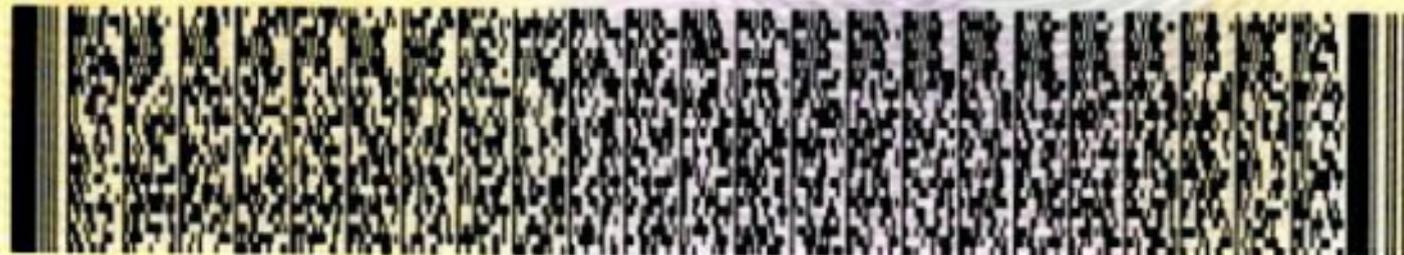
M

SEXO

30-MAR-1998 ULLOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-3110900-01151780-M-0006519717-20200810

0071432385G 6

50807815

RIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL