

NIT No. 27.766.212-0

ACTA DE ACUERDO No.00015

En la ciudad de Ocaña a los de ONCE (11) días del mes de DICIEMBRE de 2.023 siendo las 3.00 P.M., se reunieron de manera Presencial La señora **PATRICIA CHICA VEGA**, identificada con la C.C No. 26.862.110 de Rio de Oro – Cesar acompañada del Doctor **JAIME LUIS CHICA VEGA**, identificado con la C.C No. 18.903.897 de Rio de Oro, T.P No.146998 del C.S. de la J, a quien le dio poder para la diligencia, de manera virtual la doctora **VALENTINA CASAS VALENCIA**, identificada con al C.C No. 1.113.692.596, T.P No. 359.745 del C.S de la , a quien el Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVIAL**, identificado con a C.C No. 19.395.114 de Bogotá, T.P. No. 39.116 del C.S de la J, como Representante Legal de **G HERRERA Y ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S** identificada con el NIT No. 900701533-7 como apoderados generales de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C**, le sustituyo el poder para la conciliación, diligencia ante la conciliador(a) identificado (.a) con el código No.110631.

Acto seguido, la conciliador(a) instala verifica la comparecencia la audiencia de conciliación explicando el objeto, alcance y límites de la misma.

Esta diligencia se programó para el día 04 de Diciembre de 2.023 a las 3.00 P.M., fue suspendida y reprogramada para el 11 de Diciembre de 2023 a las 3:00 P.M. Compareció por su lado la solicitante **PATRICIA CHICA VEGA** acompañada de su apoderado el Doctor **JAIME LUIS CHICA VEGA**, a quien le dio poder para esta diligencia, tanto comparece en forma virtual La Equidad Seguros Generales O.C debidamente representada por la Doctora **VALENTINA CASAS VALENCIA**.

La Cooperativa **Hacaritama** no asistió ni justifico su no comparecencia.

HECHOS

El día 10 de Abril de 2019, en la vía que de Aguachica conduce al Municipio de Pelaya- Cesar, la señora **PATRICIA CHICA VEGA** se transportaba en una buseta de la empresa **COOTRANSHACARITAMA LTDA**, de placas **SUD 112**, en la ruta Ocaña-Valledupar, conducida por el señor **JESUS DAVID CASTRO CASTRO**, pasando a la altura del corregimiento Noream del Municipio de Aguachica, como a eso de las 5.30 de la mañana, cuando la buseta en una curva se volcó sin colisionar con otro vehículo, al parecer por exceso de velocidad o falla humana del conductor debido al volcamiento la señora **chica vega** fue una de las dos pasajeras que salimos despedidas del automotor, recibiendo múltiples lesiones en todo el cuerpo, en especial fractura de clavícula izquierda y luxación fractura en columna cervical C 6 y C7.

PRETENSIONES

Se pretende conciliar con la Cooperativa Transportadora **HACARITAMA** y **La Equidad Seguros Generales O.C** los siguientes perjuicios físicos y morales, tanto de la víctima

OFICINA SEGUNDA DEL CIRCULO DE OCAÑA
ESPACIO EN BLANCO

REPÚBLICA DE OCAÑA
NOTARIA 2.^a DEL C.
AMPARO AF
OCAÑA, NOR

REPÚBLICA DE OCAÑA
NOTARIA 2.^a DEL C.
AMPARO AF
OCAÑA, NOR

REPÚBLICA DE OCAÑA
NOTARIA 2.^a DEL C.
AMPARO AF
OCAÑA, NOR

Notaría 2ª

NIT No. 27.766.212-0

Continuación Constancia número 00015

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

directa como de su nucleó familiar y mas cercanos por la suma de Trescientos veinticuatro millones ochocientos mil pesos m/cte.

ACUERDO CONCILIATORIO

1): Se aprueba como indemnización por todo concepto la cantidad de SESENTA Y NUEVE MILLONS SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE 8\$69.600.000.) por parte del a LA EQUIDAD SEGUROS GNENERALES O.C, a la solicitante PATRICIA CHICA VEGA, quien asume este pago para evitar el llamamiento en garantía que le pudiere hacer en contra de una demanda por responsabilidad civil de la Transportadora.

2) Una vez recibido el pago acordado, se entenderá ocurrido el resarcimiento que constituye la indemnización integral de todos y cada uno de los perjuicios sufridos por aquellos, éste hecho dará lugar a que se extinga por esa causa, cualquier acción penal, civil, administrativa o de otra índole que pueda iniciarse o se hubiere iniciado en contra de los convocados o con motivo de los hechos que dieron origen a esta conciliación.

3-)Este acuerdo se celebra bajo la premisa de que la señora PATRICIA CHICA VEGA declara que es la única perjudicada como consecuencia del accidente musitado cuando se transportaba en la vía que de Aguachica conduce al Municipio de Pelaya-Cesar, la señora PATRICIA CHICA VEGA se transportaba en una buseta de la empresa COOTRANSHACARITAMA LTDA, de placas SUD 112, en la ruta Ocaña-Valledupar, conducida por el señor JESUS DAVID CASTRO CASTRO, pasando a la altura del corregimiento Noream del Municipio de Aguachica, como a eso de las 5.30 de la mañana, cuan la buseta en una curva se volcó sin colisionar con otro vehículo ocurrido el 10 de Abril de 2019 y en esa medida manifiestan que no existe ningún otro reclamante con derecho alguno, y comprometen su responsabilidad si esta declaración no corresponde a la realidad.

4)PATRICIA CHICA VEGA bajo la gravedad de juramento, manifiesta expresamente que él es el único con derecho a ser resarcido y la única persona que podría reclamar una indemnización, a raíz del accidente de tránsito que nos convoca a esta diligencia, y afirma que sabe que no existen otras personas que puedan alegar derecho alguno o que tengan derecho a reclamar una indemnización por el accidente o con ocasión del acuerdo del resarcimiento aquí reconocido; declaración ésta en virtud de la cual LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C, acepta y celebra este acuerdo. En virtud de ello, el reclamante se compromete a responder con su propio peculio, ante la eventual aparición de personas que aleguen y puedan acreditar tener algún

NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE OCANA
ESPACIO EN BLANCO



Notaría 2ª

SNR SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
La guarda de la ley pública

NIT No. 27.766.212-0

Continuación Constancia número 00015

derecho que se derive del [accidente de tránsito] que hoy se concilia, de manera que el reclamante garantiza que él será quien indemnice a esas personas que eventualmente se presenten.

5.-) Para proceder el pago de la indemnización acordada la convocante deberá aportar en físico y mediante correo electrónico la siguiente documentación:

- 1.-Formato de conocimiento del cliente.
- 2.- Formato de autorización pago indemnización.
- 3.-Certificación Bancaria de la cuenta Bancaria de la convocante y/o apoderado con facultad de recibir.
- 4.-Cedula de ciudadanía Ampliada a 150% del convocante.
- 5.-Desistimiento de la acción penal autenticada y radicado ante la Fiscalía General de la Nación, si es el caso.
- 6.-Acta del Acuerdo Conciliatorio.

El plazo de pago será de 20 días a partir de la recepción física y electrónica de los documentos.

En consecuencia estando de conformidad las partes sobre los puntos expuestos, por mutuo consentimiento manifiesta que aceptan libremente y de manera voluntaria lo acá acordado.

La Conciliadora aprueba dicha fórmula de arreglo. Aclara y precisa que el presente acuerdo hace tránsito a cosa juzgada. **EL ACTA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO Y NO ES SUSCEPTIBLE DE NINGÚN RECURSO.**

En constancia de lo anterior se da por terminada la audiencia siendo las 5 p.m. se firma por quienes en ella intervinieron.

LA SOLCITANTE

Patricia Chica Vega
PATRICIA CHICA VEGA

C.C. No.26.862.110 de Rio de Oro

Jaime Luis Chica Vega
DR. JAIME LUIS CHICA VEGA

C.C. No. 18.903.897 expedida en Rio de Oro
T.P No. 146998 del C. S. de la J.

NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE OCAÑA
ESPACIO EN BLANCO

REPÚBLICA
NOTARIA
AMPARO
OCAÑA

REPÚBLICA
NOTARIA

REPÚBLICA
NOTARIA

Notaría 2ª



NIT No. 27.766.212-0

Continuación Constancia número 00015



DRA. VALENTINA CASAS VALENCIA
C.C. No. 1.113.692.596 y T.P No.359745 del C.S de la J.

LA CONCILIADORA

AMPARO AREVALO AREVALO
C.C. N° 27.766.212 de Ocaña
Código No. 110631



Mirujusticia
Ministerio de Justicia
y del Derecho

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Notaria 2ª de Ocaña.
Notaria AMPARO AREVALO AREVALO.
Dirección: Calle 12 N- 11-46
Teléfonos: 5695783 / Fax 5623569

Email: segundaocana@supernotariado.gov.co -y- notaria02ocaa@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.862.110**

CHICA VEGA
APELLIDOS

PATRICIA
NOMBRES



Patricia Chica Vega
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ENE-1967**

RIO DE ORO
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-MAR-1985 RIO DE ORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Balbuena
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BALBUENA



A-1275000-43164945-F-0026882110-20071115

0092107319N 02 224875700



equidad
seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIAR OT CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____
 TELEFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: **PATRICIA CHICA VEGA**
NOMBRES PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CEPULA** NÚMERO: **26862110** FECHA EXPEDICIÓN: **22-03-1985** CIUDAD EXPEDICIÓN: **Rio de Oro**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NÚMERO FECHA EXPEDICIÓN CIUDAD EXPEDICIÓN
 DIRECCIÓN: **C/15# 0-33b. Sta Marta** CIUDAD: **Rio de Oro** DEPARTAMENTO: **Cesar**
DIRECCIÓN CIUDAD DEPARTAMENTO
 TELEFONOS: **3012162366** FAX: _____ CELULAR: **3012162366**
TELEFONOS FAX CELULAR

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: **02465004570-6** CORRIENTE AHORROS CÓDIGO DEL BANCO: _____
NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE AHORROS CÓDIGO DEL BANCO
 BANCO: **Agrario** SUCURSAL: **Rio de Oro** CIUDAD: **R/Oro**
BANCO 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 **Rio de Oro** a los **13** del mes de **Diciembre** de **2023**

Firma del Representante Legal y Sello

Patricia Chica Vega
 Firma y Cédula Persona Natural
26862110

VICI-LAJO SUPUESTA EN LA FINANCIERA DE COLOMBIA



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Fecha Diligenciamiento: 13-12-2023 Ciudad: Rio de Oro Sucursal: _____

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Asegurado-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: CHICA SEGUNDO APELLIDO: VEGA NOMBRES: PATRICIA
 TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 26862110 FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/03/85 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Rio de Oro
 FECHA DE NACIMIENTO: 29/01/67 LUGAR DE NACIMIENTO: R/Oro NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: patriciachicas7@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Cll 5# 0-33 CIUDAD: Rio de Oro
 DEPARTAMENTO: CESAR TELÉFONO: 3012162366 CELULAR: 3012162366
 SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____
 OCUPACIÓN: Aux. Activa CARGO: Bibliotecaria EMPRESA DONDE TRABAJA: Sec. Educación
 CIUDAD: Rio de Oro DIRECCIÓN (Oficina): I. E. Normal Sup. DEPARTAMENTO: Cesar
 TELÉFONO (Oficina): 6075619147 ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): _____

INGRESOS MENSUALES (Pesos) _____	EGRESOS MENSUALES (Pesos) _____
ACTIVOS (Pesos) _____	PASIVO (Pesos) _____
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) _____	OTROS INGRESOS (Pesos) _____
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____	

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:
 1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
 2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Salario como Empleada Pública - Sec - Educación

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____
 ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACION O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) 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 de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%

- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLAUSULA DE AUTORIZACION

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a los Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - n. Para el envío de las modificaciones en la póliza de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelanta gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

6. 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

Patricio Veloz

FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
 Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la Entrevista: _____
 Observaciones: _____
 Nombre del Intermediario: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO
 Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de Confirmación: _____
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____
 Firma: _____
 Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

*Vínculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

Min. Transporte OC06 de marzo 14/2006
 Lic. Minic 001368 del 4/8/2020
 CIU 4923 Transporte de Mercancia
 CIU 5320 Mensajería Expresa

DE 02



CONTADO

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA OC06 066001231309

RES.18764038613473 27/10/2022
 PREFIJO OC06 6606 1000001 AL
 66001700000

CUFE

551a88406510ca5ff199be905a5e713910c3d4594089d55d78c15ff090f6706c0853c1f1fcb0e1a23070ca70ee6a25

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

FEC GENERACION/ADMISION 10/01/2024 15:48		ORIGEN OCAÑA		DESTINO: CALI VALLE		REG DESTINO CALI		CITA ENTREGA	
REMIENTE: JAIME LUIS CHICA VEGA		CENTRO DE COSTO:		UNIDADES		CAUSAL DEVOLUCION		Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo destino.	
EMAIL: DIRECCIÓN: CALLE 12 NO 11-18				1		Desconocido No. 31		INTENTO DE ENTREGA	
Tel: 3014523911		CÉDULA/TI/NIT 18903897		PESO(gramos) 1000		Rehusado No. 44		1 D: M: A: H: H:	
		COD POSTAL ORIGEN 546552		PESO VOL 1		No Reside No. 35		2 D: M: A: H: H:	
PARA: ABOGADA VALENTINA CASAS VALENCIA GHA		CUENTA: 06-132-0000000		PESOACOBRRAR(kg) 1		No Reclamado No. 40		Guía complementaria de devolución	
EMAIL: DIRECCIÓN: AVENIDA 6A BIS NO 35N-100 OFICINA 212 CENTRO EMPRESARIAL CHIPICHAPE				VALORDECLARADO 10000		Dir Errada No. 34		Recibí a satisfacción en Nombre de Jaime Chicavega	
TEL: 3042473475		CÉDULA/TI/NIT		VAL SERV ME 11600		Fecha de devolución al Remitente		19 ENE 2024	
		COD POSTAL 760046328		FLETE VARIABLE 0		D: M: A: H: M:		RECIBIDO	
NOTAS: SIN TEXTO GUIA		RECIBE LOS SÁBADOS: SI		OTROS 0		Observaciones en la entrega:		RECIBIDO	
Nombre CC Remitente: <i>Jaime Chicavega</i>		El Remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido sin verificar es:		TOTAL FLETE 11600		Fecha Estimada de Entrega: 12/01/2024		RECIBIDO	
		DOCUMENTO		CARTAPORTE NO				RECIBIDO	

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

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

FOPER01

ORIGEN ENVIÁ - PRUEBA DE ENTREGA

