

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**DISTRITO JUDICIAL DE CALI
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI**

Santiago de Cali, 1º de febrero de 2.024

Radicación: 760013103003-2021-00082-00

Proceso: Verbal Responsabilidad Civil Extracontractual

Demandantes: Gabriela Michelle Bocanegra Alzate, Rubi Bocanegra Alzate y María Fernanda Bocanegra Alzate.

Demandados: Fredy Lozano Holguín, Heriberto Silva Silva, Sociedad Patiño Corrales y Cia Ltda y La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo (también llamada en garantía).

Siendo las 8:30 a.m. el juez procedió a dar apertura a la audiencia pública inicial y de instrucción y juzgamiento de que tratan los artículos 372 y 373 del C.G.P., a través de la plataforma virtual Lifesize.

Concurrieron a la audiencia por medio virtual: **DEMANDANTES:** Gabriela Michelle Bocanegra Álzate (c.c. 1.007.248.544), Rubí Bocanegra Álzate (c.c. 31.283.765), María Fernanda Bocanegra Álzate. (c.c. 1.007.248.543) y apoderada judicial sustituta, Daniela Estefanía Montoya Rosero (c.c. 1.107.079.398 y t.p. 309.019). **DEMANDADOS:** Sandra Yamely Ortiz Pulido (c.c. 31.872.617 y t.p. 46.732) en calidad de apoderada judicial de Fredy Lozano Holguín; Heriberto Silva Silva (c.c. 1.118.296.053) en calidad de demandado, Jairo Caicedo Castillo (c.c. 16.665.875) en calidad de representante legal de la Sociedad Patiño Corrales y Cia Ltda., Juan Manuel Londoño Márquez (c.c.16.451.894 y T.P. 80.176) como apoderado judicial de Heriberto Silva Silva y Sociedad Patiño Corrales y Cia Ltda, y Brenda Patricia Díaz Vidal (c.c. 1.018.508.364 y t.p. 398.429), como apoderada judicial sustituta y representante legal de la aseguradora Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo.

Con la intervención del despacho y tras el diálogo de las partes, se acordó conciliar el litigio por los hechos discutidos en este proceso, así mismo las demandantes declaran desistir de acudir al incidente de reparación de perjuicios en el curso de la acción penal y no conocer personas que pudieran demandar por los mismos hechos en otro proceso. En tal virtud, la aseguradora Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo pagará a la parte demandante la suma de \$120.000.000, en los 20 días hábiles siguientes a la entrega de la documentación descrita en la audiencia, de manera fraccionada, mediante consignación en la cuenta bancaria de la demandada Rubí Bocanegra Álzate (c.c. 31.283.765) la suma de \$78.000.000; y la suma restante, de \$42.000.000, en la cuenta bancaria que suministre la apoderada judicial sustituta Daniela Estefanía Montoya Rosero (c.c. 1.107.079.398).

Teniendo en consideración que se trata de la libre voluntad de las partes expresada sobre materia conciliable, y por quienes tienen la facultad legal para obligar a las personas naturales y jurídicas comparecientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 372 del CGP y normas concordantes, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Cali procedió a aprobar la conciliación con terminación del proceso, sin condena en costas, que hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo. Seguidamente se adicionaron documentos que deben entregarse como parte del convenio. La decisión fue notificada en estrados, sin recursos.

Radicación: 760013103003-2021-00082-00

Asunto: Verbal Responsabilidad Civil Extracontractual

Demandantes: Gabriela Michelle Bocanegra Alzate, Rubi Bocanegra Alzate y María Fernanda Bocanegra Alzate.

Demandados: Fredy Lozano Holguín, Heriberto Silva Silva, Sociedad Patiño Corrales y Cia Ltda y La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo.

La audiencia culminó a las 10:00 a.m. de la fecha.

04

FIRMA ELECTRÓNICA¹

CARLOS EDUARDO ARIAS CORREA

JUEZ

RAD: 76001-31-03-003-2021-00082-00



Firmado Por:

Carlos Eduardo Arias Correa

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 003

Cali - Valle Del Cauca

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

Código de verificación: **1f23b41e3c53b2c7fff7fd0ca3d0f7e1ed374ab06a4eeb0d2181551be40e50e7**

Documento generado en 01/02/2024 02:10:09 PM

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

¹ Se puede constatar en: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica/ValidarDocumento>

AGENCIA Cali	DD 01	MM 02	AAAA 2024
-----------------	----------	----------	--------------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Bocanegra SEGUNDO APELLIDO: Alzate PRIMER NOMBRE: Rubi SEGUNDO NOMBRE:

C.C. C.E. T.I. R. OTI NÚMERO: 31.283.765 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/12/1976 SEXO: M F

FECHA DE NACIMIENTO: 21/12/1953 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACION / PROFESION: Oficios Varios

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: 2 ESTRATO: 2

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: Oficios Varios

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: CARGO:

CIUDAD: DIRECCION: Carrera 7D Bis No. 63-14 TELEFONO: FAX:

DIRECCION DE RESIDENCIA: Carrera 7D Bis No. 63-14 CIUDAD DE RESIDENCIA:

TELEFONO: CELULAR: 318 200 8714 EMAIL: michel123leon@gmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P. SI NO

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

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

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL: NIT:

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

C.C. C.E. NÚMERO: LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION: CIUDAD: TELEFONO:

PAG. WEB: FAX:

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

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA CIVIL OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

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

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ 800.000 ACTIVOS: \$ 2.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 800.000 PASIVOS: \$ 2.000.000

OTROS INGRESOS: \$ 0 CONCEPTO OTROS INGRESOS: 0

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Declaro expresamente que:

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

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL **PERSONA JURÍDICA**

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

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

Rubi Bocanegra HUELLA

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 31.283.765

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

NOMBRE: CÉDULA:


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: BENEFICIARIO: INTERMEDIA: OT: CUAL: _____

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

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES	Primer Apellido	Segundo Apellido
Rubi	Bocanegra	Alzate
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICION
Cédula	31.283.765	01/12/1976
CIUDAD EXPEDICION	DEPARTAMENTO:	
Cali	Valle del Cauca	
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
Carrera 7 D Bis No. 63-14	Cali	Valle del Cauca
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:
		318 200 8714

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	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
24131181210			
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD	
Caja Social	Avenida Estación	Cali	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

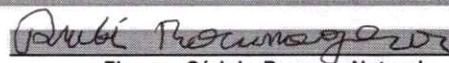
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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: michel123leon@gmail.com

 En constancia se firma en: Cali a los 04 del mes de febrero de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello


 Firma y Cédula Persona Natural
 C.C. 31.283.765

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

RUBI - BOCANEGRA A

Identificado con CC 31283765

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina AVENIDA ESTACION, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24131181210
Fecha de apertura:	1 de Febrero de 2024
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a ****A QUIEN PUEDA INTERESAR*****, realizada en la Oficina 0342 AVENIDA ESTACION de la ciudad de CALI, el día Jueves, 01 de Febrero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.283.765**
BOCANEGRA ALZATE

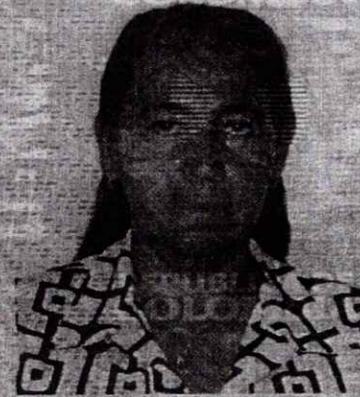
APELLIDOS

RUBI

NOMBRES

Rubi Bocanegra

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-1953**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

01-DIC-1976 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00136364-F-0031283765-20081212

0007995709A 1

2860025779

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

AGENCIA	DD	MM	AAAA
Cali	01	02	2014

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Montoya SEGUNDO APELLIDO: Rosero PRIMER NOMBRE: Daniela SEGUNDO NOMBRE: Estefanía

C.C. C.E. T.I. R. OT. NÚMERO: 1-107-079-398 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali FECHA DE EXPEDICIÓN: 24/11/2011 SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: 02/10/1993 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Abogada

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: 0 ESTRATO: 5

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: Asesoría jurídica

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Rodriguez y Arboleda Consultora legal CARGO: Asesora

CIUDAD: Cali DIRECCIÓN: Avenida 5 A Norte No. 17-98 ofi 204 TELÉFONO: 3746180 FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Avenida 5 A Norte No. 17-98 Ed. Nucleo profesional ofi 204 CIUDAD DE RESIDENCIA: Cali

TELÉFONO: 3746180 CELULAR: 3175658383 EMAIL: rodriguez.arboleda@yahoo.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO

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

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____ NIT: _____

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

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

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ TELÉFONO: _____

PAG. WEB _____ FAX: _____

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ TELÉFONO: _____

FAX: _____

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA CIVIL OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____

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

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ 4.000.000 ACTIVOS: \$ 10.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 4.000.000 PASIVOS: \$ 10.000.000

OTROS INGRESOS: \$ 0 CONCEPTO OTROS INGRESOS: 0

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Declaro expresamente que:

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

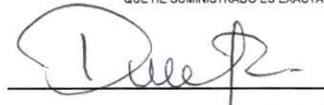
6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).

PERSONA JURÍDICA EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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



FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1-107-079-398



HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____ OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	
---	--	---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/>	INTERMEDIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input checked="" type="checkbox"/>	CUAL: <u>Apoderada</u>
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: <u>Daniela Estefania</u>	PRIMER APELLIDO: <u>Montoya</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Rosero</u>
TIPO DE IDENTIFICACION: <u>Cedula</u>	NÚMERO: <u>1.107.079.398</u>	FECHA EXPEDICION: <u>24/11/2014</u>
DIRECCION: <u>Avenida 5 A Norte No. 17-98 ofi 204</u>	CIUDAD: <u>Cali</u>	DEPARTAMENTO: <u>Valle</u>
TELEFONOS: <u>3746180</u>	FAX: _____	CELULAR: <u>3175658383</u>

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: <u>24057958752</u>	CORRIENTE: <input type="checkbox"/>	AHORROS: <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO: _____
BANCO: <u>Caja Social</u>	SUCURSAL: <u>Cosmoentro</u>	CIUDAD: <u>Cali</u>	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA 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
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: rodriguezgarboleda@yahoo.com

En constancia se firma en: Cali a los (01) del mes de febrero de 2014.

Firma del Representante Legal y Sello	Firma y Cédula Persona Natural <u>1.107.079.398</u>
---------------------------------------	--

VICILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Equidad Seguros es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS COOPERATIVA S.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA S.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DANIELA ESTEFANIA MONTOYA
ROSERO

Identificado con CC 1107079398

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina COSMOCENTRO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24057958752
Fecha de apertura:	25 de Noviembre de 2015
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 01 de Febrero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.107.079.398**
MONTOYA ROSERO

APELLIDOS
DANIELA ESTEFANIA

NOMBRES
Daniela Montoya

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1993**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

24-NOV-2011 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3100100-00360681-F-1107079398-20120214

0029197780A 1

37627616