



# RODRÍGUEZ & ARBOLEDA

Consultoría Legal

Doctora  
**BRENDA PATRICIA DIAZ VIDAL**  
**GHA ABOGADOS ASOCIADOS**  
E. S. D.

**REF.**

**RADICACION** : 2021-082  
**PROCESO** : VERBAL DE RESPONSABILIDAD  
CIVIL EXTRA CONTRACTUAL  
**DEMANDANTES** : GABRIELA MICHELLE BOCANEGRA ALZATE Y  
OTROS  
**DEMANDADOS** : LA EQUIDAD SEGUROS O.C. Y OTROS  
**ASUNTO** : REMISIÓN DE DOCUMENTOS SOLICITADOS  
PARA PAGO

**DANIELA ESTEFANIA MONTOYA ROSERO**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Cali, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.107.079.398 de Cali, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 309.019 del C. S. de La J., actuando como apoderada de la parte demandante, dando cumplimiento al acuerdo conciliatorio, me permito remitirle los siguientes documentos solicitados para el respectivo pago:

1. Acta de conciliación. (1)
2. Formulario SARLAFT diligenciado por la demandante Rubí Bocanegra y la suscrita apoderada. (2)
3. Formulario de autorización para pago diligenciado por la demandante Rubí Bocanegra y la suscrita apoderada. (2)
4. Certificación bancaria de la demandante Rubí Bocanegra y la suscrita apoderada. (2)
5. Copia ampliada de las cédulas de ciudadanía de la demandante Rubí Bocanegra y la suscrita apoderada. (2)

Atentamente,

**DANIELA ESTEFANIA MONTOYA ROSERO**  
C.C. No. 1.107.079.398 de Cali  
T.P. 309.019 del C. S. de la J.

**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 ELECTRÓNICA<sup>1</sup>**

**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>**

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

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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
Cali	01	02	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.  OTR.  NÚMERO: 31.283.765 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/12/1976 SEXO  F  M

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  ESTUDIANT  AMA DE CASA  RENTISTA  PENSIONADO  INDEPENDIENTE  ACTIVIDAD ECONÓMICA: Oficios Varios

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

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

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CÉLLULAR: 318 200 8714 EMAIL: miche123leon@gmail.com

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

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

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

**2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURIDICA**

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

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

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

PAG. WEB: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

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

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: \_\_\_\_\_

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

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	% 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 PASIVOS: \$ 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 JURIDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TALENTO 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:**

FIRMA 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.

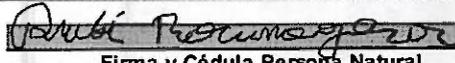
Rubi Bocanegra  
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL. C.C. 31.283.765

  
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: \_\_\_\_\_

 <b>AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA</b>					
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input checked="" type="checkbox"/> INTERMEDIARIA <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> CUAL: _____					
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/> CUAL: _____					
<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>					
NOMBRE			NIT		ACTIVIDAD ICA:
DIRECCIÓN:			CIUDAD:		DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:		FAX:		CELULAR:	
<b>INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL</b>					
NOMBRES <b>Rubi</b>		PRIMER APELLIDO <b>Baconegra</b>		SEGUNDO APELLIDO <b>Alzate</b>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN <b>Cédula</b>		NÚMERO <b>31.283.765</b>		FECHA EXPEDICIÓN <b>01/12/1976</b>	
DIRECCIÓN: <b>Carrera 7D Bis No. 63-14</b>		CIUDAD: <b>Cali</b>		DEPARTAMENTO: <b>Valle del Cauca</b>	
TELÉFONOS:		FAX:		CELULAR: <b>318 200 8714</b>	
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:					
<b>CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS</b>					
NÚMERO DE CUENTA <b>24131181210</b>		CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>		CÓDIGO DEL BANCO	
BANCO <b>Caja Social</b>		SUCURSAL <b>Avenida Estación</b>		CIUDAD <b>Cali</b>	
<b>RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS</b>					
NOMBRES Y APELLIDOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		TIPO		FECHA EXPEDICIÓN	
CARGO EN LA EMPRESA		CARGO		CIUDAD EXPEDICIÓN	
TELÉFONOS Y FAX		EXTENSION		FAX	
NOMBRES Y APELLIDOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		TIPO		FECHA EXPEDICIÓN	
CARGO EN LA EMPRESA		CARGO		CIUDAD EXPEDICIÓN	
TELÉFONOS Y FAX		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: <b>michel123leon@gmail.com</b>					
En constancia se firma en: <b>Cali</b> a los <b>(04)</b> del mes de <b>febrero</b> de <b>2024</b> .					
Firma del Representante Legal y Sello			 Firma y Cédula Persona Natural <b>C.C. 31.283.765</b>		



**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**

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

REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00136364-F-0031283765-20081212      0007995709A 1      2860025779  
 MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
Cali	04	02	2014

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO: Mantoya      SEGUNDO APELLIDO: Roseo      PRIMER NOMBRE: Daniela      SEGUNDO NOMBRE: Estefania

C.C.  C.E.  T.I.  R.  OTR.       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  ESTUDIANT  AMA DE CASA  RENTISTA  PENSIONADO  INDEPENDIENTE       ACTIVIDAD ECONÓMICA: Asesoras jurídicas

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

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

DIRECCION DE RESIDENCIA: Avenida 5 A Norte Na 17-98 Ed. Nucleo profesional ofi 204      CIUDAD DE RESIDENCIA: Cali

TELEFONO: 3746180      CELULAR: 3173658383      EMAIL: rodriguez.arboleda@yahoo.com

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

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

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

**2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURIDICA**

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

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

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

PAG. WEB: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

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

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: \_\_\_\_\_

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

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	% 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: \$ 4.000.000      PASIVOS: \$ 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	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 (detalla ocupación, oficio, actividad o negocio): Asesoras 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**

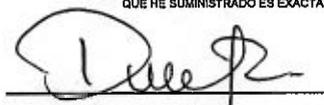
**PERSONA NATURAL**      **PERSONA JURIDICA**

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

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

**7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO**

FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIENDO 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



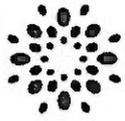
HUELLA

**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: \_\_\_\_\_

 <b>AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA</b>			
<b>TIPO DE VINCULACIÓN:</b> PROVEEDOR: <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/> INTERMEDIA: <input type="checkbox"/> OT: <input checked="" type="checkbox"/> CUAL: <u>Apoderada</u>			
<b>CONCEPTO DE PAGO:</b> DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE		NT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:		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 IDENTIFICACIÓN <u>Cédula</u>	NÚMERO <u>1.107.079.398</u>	FECHA EXPEDICIÓN <u>24/11/2014</u>	CIUDAD EXPEDICIÓN <u>Cali</u>
DIRECCIÓN <u>Avenida JA Norte No. 17-98 ofi 204</u>		CIUDAD <u>Cali</u>	DEPARTAMENTO: <u>Valle</u>
TELÉFONOS: <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 CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	FBX	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	
TELÉFONOS Y FAX	FBX	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: <u>rodriguez.garboleda@yahoo.com</u>			
En constancia se firma en: <u>Cali</u> a los <u>(01)</u> del mes de <u>febrero</u> de <u>2014</u> .			
Firma del Representante Legal y Sello		Firma y Cédula Persona Natural <u>1.107.079.398</u>	



**Banco  
Caja Social**  
Su banco amigo.



### 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

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



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

INDICE DERECHO



P-3100100-00360681-F-1107079398-20120214

0029197780A 1 37627616