



LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO

Abogado

Especialista en Derecho Administrativo – Universidad Libre
Laboral y Seguridad Social – Universidad del Rosario

CUENTA DE COBRO

LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 18.462.396 portador de la tarjeta profesional Nro. 55649 del Consejo Superior de la Judicatura en calidad de apoderado de **GLORIA ELENA YARCE ALZATE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 25.022.767 de Quimbaya, , **JOHN JAIRO RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.097.032.320 de Quimbaya, **NEIDER DE JESUS RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.000.659.263 de Quimbaya, **LINA MARCELA RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.097.037.691 de Quimbaya, **NESTOR ARTURO RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.097.038.326 de Quimbaya, y **MONICA ANDREA RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.097.039.059 de Quimbaya, dentro del proceso **VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL** radicado **63-001-3103-003-2021-00215-00** del **JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ARMENIA**, **MANIFIESTO**: que la compañía de **SEGUROS LA EQUIDAD** deberá cancelar la suma de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50.000.000)** correspondientes al pago de la conciliación celebrada el día 27 de octubre de 2023 ante el **JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ARMENIA** dentro del proceso **VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL** radicado **63-001-3103-003-2021-00215-00**, los cuales se deberán cancelar en la cuenta corriente del banco Davivienda Nro. 084013291 en favor del doctor **LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO** apoderado de los demandantes con plenas facultades para recibir de conformidad con el poder anexo.

A la presente solicitud se anexan los siguientes documentos:

1. Formulario sarlf del abogado **LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO** aportando además copia de la cedula de ciudadanía al 150% y la tarjeta profesional de abogado, así como el poder con facultades para recibir, con certificación de cuenta bancaria banco Davivienda
2. Copia del acta de conciliación emitida por el juzgado tercero civil del circuito de Armenia
3. Formularios sarlaf de las partes demandantes con las copias de las cedulas de ciudadanía

Atentamente,

LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO

C.C. Nro. 18.462.396

T.P. Nro. 55649 del Consejo Superior de la Judicatura

Oficina: Calle 14 N° 5-46 Tel: 7520461 Cel: 3104552718

Email: luisdiegoabogado@hotmail.com

Quimbaya - Quindío



LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO

Abogado

**Especialista en Derecho Administrativo – Universidad Libre
Laboral y Seguridad Social – Universidad del Rosario**

**Oficina: Calle 14 N° 5-46 Tel: 7520461 Cel: 3104552718
Email: luisdiegoabogado@hotmail.com
Quimbaya - Quindío**



LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO

Abogado

Especialista en Derecho Administrativo – Universidad Libre
Laboral y Seguridad Social – Universidad del Rosario

Señor
JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO (REPARTO)
Armenia

REF.: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
Demandante: GLORIA ELENA YARCE ALZATE Y OTROS
Demandado: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE QUIMBAYA
COOTRANSQUIM LTDA Y OTROS.

PODER

GLORIA ELENA YARCE ALZATE mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 25.022.767 de Quimbaya, en calidad de madre, **JOHN JAIRO RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 1.097.032.320 de Quimbaya, en calidad de Hermano, **NEIDER DE JESUS RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 1.000.659.263 de Quimbaya, en calidad de Hermano, **LINA MARCELA RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 1.097.037.691 de Quimbaya, en calidad de Hermana, **NESTOR ARTURO RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 1.097.038.326 de Quimbaya, en calidad de Hermano y **MONICA ANDREA RAMIREZ YARCE** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 1.097.039.059 de Quimbaya, en calidad de Hermana, manifestamos a Usted que por el presente escrito, conferimos poder especial, amplio y suficiente al Doctor **LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 18'462.396 de Quimbaya, portador de la tarjeta profesional 55649 del C.S.J. para que en nuestro nombre y representación, presente **DEMANDA VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** en contra de la **COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE QUIMBAYA COOTRANSQUIM LTDA** identificada con Nit.800242520-9 entidad representada por su gerente el señor **EDGAR ARIAS MONTES**, identificado con la cédula de ciudadanía número 18.465.864 de Quimbaya (Quindío), o por quien haga sus veces, también mayor de edad, así mismo al señor **FERNEY PELAEZ OSORIO** en calidad de propietario y conductor del automotor, a efectos de solicitar la reparación de los perjuicios ocasionados en el accidente de tránsito ocurrido el día 18 de julio de 2020 cuando fue arrollado el señor **YESID RAMIREZ YARCE**, por el vehículo automotor taxi marca **CHEVROLET SPARK** amarillo, de placas **WSJ998**, modelo 2008 afiliada a la **COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE QUIMBAYA COOTRANSQUIM LTDA**, con vinculación de la compañía de seguros **ASEGURADORA LA EQUIDAD SEGUROS** identificada con Nit. 860028415 representada por el señor **CAROLINA MERCEDES GOENAGA GONZALEZ-RUBIO** mayor de edad o por quien haga sus veces con quien se constituyó la póliza de seguro de automóviles de responsabilidad civil extracontractual Nro. AA003984

Nuestro apoderado queda facultado para recibir, transigir, desistir, conciliar, sustituir, renunciar y reasumir el presente mandato, así mismo para adelantar todas las diligencias necesarias tendientes a la defensa de nuestros intereses.

Oficina: Calle 14 N° 5-46 Tel: 7520288 Cel: 3104552718
Email: luisdiegoabogado@hotmail.com
Quimbaya - Quindío



LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO

Abogado

Especialista en Derecho Administrativo – Universidad Libre
Laboral y Seguridad Social – Universidad del Rosario

Atentamente,

X *Gloria Elena Yarce*
GLORIA ELENA YARCE ALZATE
C.C. Nro. 25.022.767 de Quimbaya

+ *John Jairo Ramirez*
JOHN JAIRO RAMIREZ YARCE
C.C. Nro. 1.097.032.320 de Quimbaya

Nestor Arturo Ramirez Yarce
NEIDER DE JESUS RAMIREZ YARCE
C.C. Nro. 1.000.659.263 de Quimbaya

Lina Marcela Ramirez
LINA MARCELA RAMIREZ YARCE
C.C. Nro. 1.097.037.691 de Quimbaya

Neider de Jesus Ramirez Yarce

NESTOR ARTURO RAMIREZ YARCE
C.C. Nro. 1.097.038.326 de Quimbaya

Monica Andrea Ramirez
MONICA ANDREA RAMIREZ YARCE
C.C. Nro. 1.097.039.059 de Quimbaya

Acepto,

LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO
C.C. 18'462.396 de Quimbaya
T.P. 55649 del Consejo Superior de la Judicatura



NOTARIA UNICA QUIMBAYA

**RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y HUELLA ANTE
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA**

FECHA 23/11/2020

COMPARECIO GLORIA ELENA YARCE ALZATE

QUIEN SE IDENTIFICA CON 25022767

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y LA HUELLA QUE APARECEN
EN
EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL
CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO DE CONFORMIDAD

Gloria Elena Yarce Alzate
FIRMA AUTOGRAFA DEL DECLARANTE



AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA

PODER

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE
QUIMBAYA Q

DR. CARLOS ARTURO GIRALDO
MONROY



NOTARIA UNICA QUIMBAYA

**RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y HUELLA ANTE
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA**

FECHA 23/11/2020

COMPARECIO JOHN JAIRO RAMIREZ YARCE

QUIEN SE IDENTIFICA CON 1097032320

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y LA HUELLA QUE APARECEN
EN
EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL
CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO DE CONFORMIDAD

John Jairo Ramirez Yarce
FIRMA AUTOGRAFA DEL DECLARANTE



AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA

PODER

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE
QUIMBAYA Q

DR. CARLOS ARTURO GIRALDO
MONROY



NOTARIA UNICA QUIMBAYA

RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y HUELLA ANTE NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA

FECHA 23/11/2020
COMPARECIO MONICA ANDREA RAMIREZ YARCE

QUIEN SE IDENTIFICA CON 1097039059

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y LA HUELLA QUE APARECEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO DE CONFORMIDAD

Monica Andrea P.
FIRMA AUTOGRAFA DEL DECLARANTE



AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA PODER

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA Q

DR. CARLOS ARTURO GIRALDO MONROY



NOTARIA UNICA QUIMBAYA

RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y HUELLA ANTE NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA

FECHA 23/11/2020
COMPARECIO LINA MARCELA RAMIREZ YARCE

QUIEN SE IDENTIFICA CON 1097037691

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y LA HUELLA QUE APARECEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO DE CONFORMIDAD

Lina Marcela Ramirez
FIRMA AUTOGRAFA DEL DECLARANTE



AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA PODER

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA Q



NOTARIA UNICA QUIMBAYA

RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y HUELLA ANTE NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA

FECHA
COMPARECIO
QUIEN SE IDENTIFICA CON

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y LA HUELLA QUE APARECEN
EN
EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL
CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO DE CONFORMIDAD

Nestor Arturo Ramirez Yarce
FIRMA AUTOGRAFA DEL DECLARANTE



AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA Q



NOTARIA UNICA QUIMBAYA

RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y HUELLA ANTE NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA

FECHA
COMPARECIO
QUIEN SE IDENTIFICA CON

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y LA HUELLA QUE APARECEN
EN
EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL
CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO DE CONFORMIDAD

Neider de Jesus Ramirez
FIRMA AUTOGRAFA DEL DECLARANTE



AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA Q



Fecha Diligenciamiento: _____ Ciudad: _____ 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 Comercial Laboral Otra Cual _____
 Tomador-Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cual _____
 Asegurado-Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Yance SEGUNDO APELLIDO: Alcázar NOMBRES: Gloria Elvira
 TIPO DE DOCUMENTO: C.C. NÚMERO: 25.022.767 FECHA DE EXPEDICIÓN: 30/09/1993 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cumbayá
 FECHA DE NACIMIENTO: 30 01 1965 LUGAR DE NACIMIENTO: Nariño A. NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: _____ DIRECCIÓN (Residencia): Centro busadros finca el Azucí CIUDAD: Cumbayá
 DEPARTAMENTO: Quindío TELÉFONO: _____ CELULAR: _____
 SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____
 OCUPACIÓN: Ama de casa CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
 CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____
 TELÉFONO (Oficina): _____ 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 NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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 NO

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? 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: _____

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	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	COMPAÑÍA	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. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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 las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - 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 política 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 adelante 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 DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

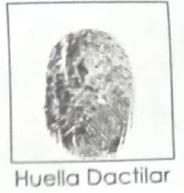
Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

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

CIOPIA Elena Marce
FIRMA CLIENTE O APODERADO



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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.022.767

YARCE ALZATE

APELLIDOS

GLORIA ELENA

NOMBRES

Gloria Elena Yarce Alzate

TIRMA



INDICE DEDECTO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1965

NARIÑO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

A+

G.S. PH

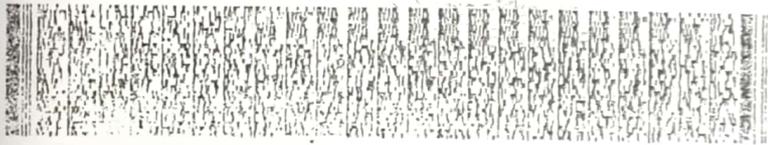
F

SEXO

30 SEP-1993 QUIMBAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A 2000000 00161300 F 0025022767 20090705

0013077127A,1

48301 3039

Fecha Diligenciamiento: _____ Ciudad: _____ 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 Comercial Laboral Otra Cual _____
 Tomador-Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cual _____
 Asegurado-Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Ramirez SEGUNDO APELLIDO: Yoric NOMBRES: Jhon Lino

TIPO DE DOCUMENTO: C.E. NÚMERO: 1093 032 320 FECHA DE EXPEDICIÓN: 20/05/2004 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Quimbaya.

FECHA DE NACIMIENTO: 17 09 1983 LUGAR DE NACIMIENTO: Argelia. NACIONALIDAD 1: Colombiano NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: lino09ny@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Flandia Finca la Floresta CIUDAD: Flandia

DEPARTAMENTO: Quindío TELÉFONO: _____ CELULAR: 321 685 35 17.

SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____

OCUPACIÓN: Agricultor. CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 1.300.000 = 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 NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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 NO

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? 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: _____

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	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. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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, referenciar y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las 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 política 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 adelante 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 comparten, transfieren, transmiten, 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 DÍA, 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

Jhon Jairo Ramirez Varce

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:

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

*Vinculo/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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.032.320

RAMIREZ YARCE

APELLIDOS

JOHN JAIRO

NOMBRES

John Jairo Ramirez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1983

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

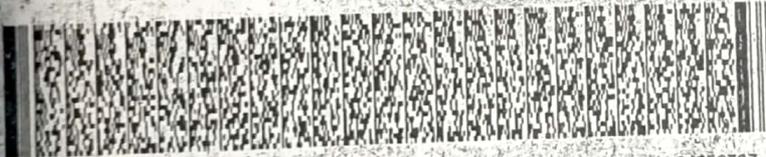
SEXO

20-MAY-2004 QUIMBAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2608000-00224731-M-1097032320-20100312

0021612671A 1

24850707

Fecha Diligenciamiento: _____ Ciudad: _____ 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: Ramirez SEGUNDO APELLIDO: Yarce NOMBRES: Neider de Jesus

TIPO DE DOCUMENTO: P.E. NÚMERO: 1.000.659.263 FECHA DE EXPEDICIÓN: 06/02/2007 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Quimbaya

FECHA DE NACIMIENTO: 20 04 1985 LUGAR DE NACIMIENTO: Argelia NACIONALIDAD 1: Colombiano NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: _____ DIRECCIÓN (Residencia): Heredia Tacarcos Finca El prunicio CIUDAD: Quimbaya

DEPARTAMENTO: Quindío TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____

OCCUPACIÓN: Obiero CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 1.200.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) _____

ACTIVOS (Pesos) _____ PASIVO (Pesos) _____

PAIRIMONIO (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: _____

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	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. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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 las 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 política 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 adelante 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

Neiber De Jesus Ramirez Yarle

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).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.659.263

RAMIREZ YARCE

APELLIDOS

NEIDER DE JESUS

NOMBRES

Neider de Jesus Ramirez Yarcé

FIRMA



ÍNDICE DE RECIDIO

FECHA DE NACIMIENTO

20-ABR-1985

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

O+

M

ESTATURA

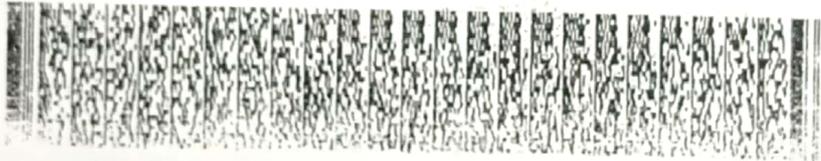
G.S. III

SEXO

06-FEB-2007 QUIMBAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Neider Ramirez Yarcé
REGISTRADO NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



Aprobado por el Comité de Identificación Personal

005 1 292 57 A 1

1 292 57 A 1

Fecha Diligenciamiento: _____ Ciudad: _____ 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 Comercial Laboral Otro Cual _____
 Tomador-Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otro Cual _____
 Asegurado-Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otro Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Romero SEGUNDO APELLIDO: Yace NOMBRES: Lina Marcela

TIPO DE DOCUMENTO: E.C. NÚMERO: 1.097.037.691 FECHA DE EXPEDICIÓN: 29/09/2011 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Quimbaya.

FECHA DE NACIMIENTO: 30 05 1993 LUGAR DE NACIMIENTO: Quimbaya NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: meh68941@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Vendo bravos Finca el bravo CIUDAD: Quimbaya

DEPARTAMENTO: Quindío TELÉFONO: _____ CELULAR: 314 635 7582

SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cualif: _____

Ocupación: Amo de Casa CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONO (Oficina): _____ 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 NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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 NO

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? 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: _____

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016- ii) las 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	COMPANIA	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. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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, referenciar y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las 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 política 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 adelante 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 DÍA, 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

SUS-FO-0097 (06-17)

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

Lina Marcela Ramirez Lopez

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:

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

*Vinculo/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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.037.691
RAMIREZ YARCE

APPELLIDOS
LINA MARCELA

NOMBRES

Lina Marcela Ramirez Y

FIRMA



IMPRESION DEDO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1993
QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA A+ G.S. III F SEXO

29-SEP-2011 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Antonieta Ramirez Y
REGISTRADOR NACIONAL
CAP. 04 ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2608000-003-19497-F-1097037691 20111118

0028508609A 1 30150596

Fecha Diligenciamiento: _____ Ciudad: _____ 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: Ramirez SEGUNDO APELLIDO: Yarce NOMBRES: Nestor Arturo
 TIPO DE DOCUMENTO: C.C. NÚMERO: 1.097.039.326 FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/08/2012 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cumbaya
 FECHA DE NACIMIENTO: 16/07/1994 LUGAR DE NACIMIENTO: Cumbaya NACIONALIDAD 1: Colombiano NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: _____ DIRECCIÓN (Residencia): Calle de los Héroes Fina el Jarama CIUDAD: Cumbaya
 DEPARTAMENTO: Cundio TELÉFONO: _____ CELULAR: _____
 SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____
 OCUPACIÓN: Obrero CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
 CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____
 TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 1.200.000 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: _____

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	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	COMPañÍA	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. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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 las 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 adelante 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 DÍA, 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.

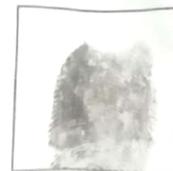
Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

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

Nestor Arturo Ramirez Yarce

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).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.038.326

RAMIREZ YARCE

APELLIDOS

NESTOR ARTURO

ESPAÑOL

Nestor Arturo Ramirez

IRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1994

QUIMBAYA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

A+

M

ESTATURA

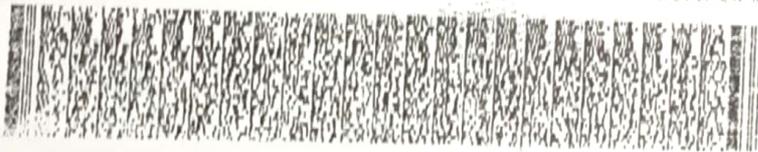
G S RH

SEXO

22-AGO-2012 QUIMBAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-260000-00401145 M 1097038326 20120322

0031204905A 1

37706621

Fecha Diligenciamiento: _____ Ciudad: _____ 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: Ramirez SEGUNDO APELLIDO: Yance NOMBRES: Monica Andrea

TIPO DE DOCUMENTO: O.C. NÚMERO: 1.097.039.059 FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/10/2010 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Quimbaya

FECHA DE NACIMIENTO: 29 08 1995 LUGAR DE NACIMIENTO: Quimbaya NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: _____ DIRECCIÓN (Residencia): Venado Hércules Finca Azmin CIUDAD: Quimbaya

DEPARTAMENTO: Quindío TELÉFONO: _____ CELULAR: 322 22 24355

SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____

OCUPACIÓN: Ama de casa CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONO (Oficina): _____ 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: _____

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	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. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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 las 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 adelante 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 comparten, 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 DÍA, 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

SUS-FO-0097 (06-17)

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

Monica Andreea Ramirez Y.

FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Daactilar

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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.039.059

RAMIREZ YARCE

APELLIDOS

MONICA ANDREA

NOMBRES

Monica Andrea Ramirez Y.

FIRMA



INDICE DERECHO

IDENTIFICACION PERSONAL 20-01-2010-1095

IDENTIFICACION PERSONAL

IDENTIFICACION PERSONAL

1.69

ES. A. 100A

10.9.11

SPRO

10 OCTUBRE 2010

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADRIEL RAMIREZ TORRES



P 2600000-00519605-T 1097039059 20131129

0036044909A 1

38299617

Señores
Fiscalía 12 Seccional
Armenia

REF. HOMICIDIO CULPOSO EN ACCIDENTE DE TRANSITO
INDICIADO: FERNEY PELAEZ OSORIO
RADICADO: 63-594-60-00082-2020-00018

GLORIA ELENA YARCE ALZATE mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 25.022.767 de Quimbaya, actuando en representación de todos los interesados y además en calidad de madre de YESID RAMIREZ YARCE fallecido en accidente de tránsito ocurrido el día 18 de julio del año 2020, a usted con todo respeto me permito ratificarme de la decisión tomada en la audiencia de conciliación celebrada ante el juzgado tercero civil del circuito de Armenia dentro de la cual se transo la controversia dentro del respectivo proceso dentro del cual se realizó la manifestación de dar por terminada la acción civil, así como desistir de la acción penal o de cualquier acción que se puede interponer, en virtud a la reparación integral de los perjuicios causados.

Por las razones expuestas nos permitimos desistir de la acción penal solicitando al fiscal conductor del proceso la terminación del proceso y el levantamiento de las medidas cautelares que pesan sobre el vehículo automotor taxi marca CHEVROLET SPARK amarillo, de placas WSJ998, modelo 2008 afiliada a la COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE QUIMBAYA COOTRANSQUIM LTDA.

Nos permitimos anexar copia del acta de conciliación expedida por el juzgado tercero civil del circuito de Armenia, así como el registro civil de nacimiento del señor YESID RAMIREZ YARCE que acredita la calidad de madre.

Gloria Elena Yarce
GLORIA ELENA YARCE ALZATE
C.C. Nro. 25.022.767 de Quimbaya



NOTARIA UNICA QUIMBAYA

RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y HUELLA ANTE NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIMBAYA

FECHA

COMPARECIO

QUIEN SE IDENTIFICA CON

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y LA HUELLA QUE APARECEN
EN
EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL
CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO DE CONFORMIDAD

Gloria Elena Yarce
FIRMA AUTOGRAFA DEL DECLARANTE



AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE
QUIMBAYA Q



5-41
Noct. 156



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N 0000266096**

NUIP

Tipo de certificación

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

RAMIREZ YARCE YESID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año 1 9 9 9 Mes A B R Día 0 2

Sexo (en letras)

MASCULINO

Tipo Sanguíneo

A+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA

QUINDIO

QUIMBAYA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año 1 9 9 9 Mes M A Y Día 1 0

Indicativo serial

28879572

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

YARCE ALZATE GLORIA ELENA

Documento de Identificación (Clase y número)

C.C.#25.022.767 DE QUIMBAYA-QUINDIO

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

~~RAMIREZ YARCE NESTOR ARTURO~~

Documento de Identificación (Clase y número)

C.C.#71.220.020 DE EL PITAL-ARCEBIA ANT.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

YARCE ALZATE GLORIA ELENA

Documento de Identificación (Clase y número)

C.C.#25.022.767 DE QUIMBAYA-QUINDIO

Espacio para notas

VALIDO SIN SELLO ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995

De la oficina de registro que expide el certificado

Departamento - Municipio

COLOMBIA

QUINDIO

QUIMBAYA

Código

E C P I

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 0 1 Mes D I C Día 1 3

Nombre y firma del funcionario

BLANCA PESCADOR GUEVARA
Registrador del Estado Civil

DESISTIMIENTO PROCESO PENAL

LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO <luisdiegoabogado@hotmail.com>

Mié 22/11/2023 4:00 PM

Para:dirsec.quindio@fiscalia.gov.co <dirsec.quindio@fiscalia.gov.co>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

FISCALIA.pdf; 57ActaDeAudienciaPública.pdf;

Señores

Fiscalía 12 Seccional

Armenia

REF. HOMICIDIO CULPOSO EN ACCIDENTE DE TRANSITO
INDICIADO: FERNEY PELAEZ OSORIO
RADICADO: 63-594-60-00082-2020-00018

GLORIA ELENA YARCE ALZATE mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 25.022.767 de Quimbaya, actuando en representación de todos los interesados y además en calidad de madre de YESID RAMIREZ YARCE fallecido en accidente de tránsito ocurrido el día 18 de julio del año 2020, a usted con todo respeto me permito ratificarme de la decisión tomada en la audiencia de conciliación celebrada ante el juzgado tercero civil del circuito de Armenia dentro de la cual se transo la controversia dentro del respectivo proceso dentro del cual se realizó la manifestación de dar por terminada la acción civil, así como desistir de la acción penal o de cualquier acción que se puede interponer, en virtud a la reparación integral de los perjuicios causados.

LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO

Abogado

*Especialista en Derecho Administrativo – Universidad Libre
Laboral y Seguridad Social – Universidad del Rosario*

RV: DESISTIMIENTO PROCESO PENAL

LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO <luisdiegoabogado@hotmail.com>

Lun 04/12/2023 10:03

Para:Gonzalo Rodríguez Casanova <grodriguez@gha.com.co>

De: Nayibe Daza Martínez <nayibe.daza@fiscalia.gov.co>

Enviado: lunes, 4 de diciembre de 2023 9:58 a. m.

Para: luisdiegoabogado@hotmail.com <luisdiegoabogado@hotmail.com>

Asunto: RE: DESISTIMIENTO PROCESO PENAL

Buenos días: Acuso recibo de la comunicación con el radicado 20223150039825.

Nayibe Daza Martínez

Profesional de Gestión III

Gestión Documental

(60) (6) 7368924 ext 60931

Fiscalía General de la Nación

Cra 13 # 16-26 CAF – 630004246 Subdirección Regional Apoyo Eje Cafetero



En la calle y en los territorios

De: QUINDIO - Leonardo Fabio Vergara Bahamon <dirsec.quindio@fiscalia.gov.co>

Enviado el: viernes, 24 de noviembre de 2023 10:58 a. m.

Para: Nayibe Daza Martínez <nayibe.daza@fiscalia.gov.co>

Asunto: RV: DESISTIMIENTO PROCESO PENAL

Cordial Saludo

Remito para su conocimiento, debida trazabilidad y posterior envío a la dependencia respectiva.

Atentamente.

Leonardo Fabio Vergara Bahamon

Director Seccional Quindío

Teléfono: (60) (6) 7368924 Ext. 60934

Fiscalía General de la Nación

Centro de Atención de Fiscalía- CAF Carrera 13 No. 16 - 26 Piso 5, Seccional Quindío, Armenia.



En la calle y en los territorios



Cuidemos del medio ambiente. Por favor no imprima este e-mail si no es necesario.

De: LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO <luisdiegoabogado@hotmail.com>

Enviado: miércoles, 22 de noviembre de 2023 4:00 p. m.

Para: QUINDIO - Leonardo Fabio Vergara Bahamon <dirsec.quindio@fiscalia.gov.co>

Asunto: DESISTIMIENTO PROCESO PENAL

Señores

Fiscalía 12 Seccional

Armenia

REF. HOMICIDIO CULPOSO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

INDICIADO: FERNEY PELAEZ OSORIO

RADICADO: 63-594-60-00082-2020-00018

GLORIA ELENA YARCE ALZATE mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 25.022.767 de Quimbaya, actuando en representación de todos los interesados y además en calidad de madre de YESID RAMIREZ YARCE fallecido en accidente de tránsito ocurrido el día 18 de julio del año 2020, a usted con todo respeto me permito ratificarme de la decisión tomada en la audiencia de conciliación celebrada ante el juzgado tercero civil del circuito de Armenia dentro de la cual se transo la controversia dentro del respectivo proceso dentro del cual se realizó la manifestación de dar por terminada la acción civil, así como desistir de la acción penal o de cualquier acción que se puede interponer, en virtud a la reparación integral de los perjuicios causados.

LUIS DIEGO GIRALDO LONDOÑO

Abogado

Especialista en Derecho Administrativo – Universidad Libre

Laboral y Seguridad Social – Universidad del Rosario

NOTA CONFIDENCIAL DE LA FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN: Este mensaje (incluyendo cualquier anexo) contiene información confidencial y se encuentra protegido por la Ley. Sólo puede ser utilizada por la persona o compañía a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente. Cualquier retención difusión, distribución, copia o toma cualquier acción basado en ella, se encuentra estrictamente prohibido.

NOTA CONFIDENCIAL DE LA FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN: Este mensaje (incluyendo cualquier anexo) contiene información confidencial y se encuentra protegido por la Ley. Sólo puede ser utilizada por la persona o compañía a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente. Cualquier retención difusión, distribución, copia o toma cualquier acción basado en ella, se encuentra estrictamente prohibido. NOTA CONFIDENCIAL DE LA FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN: Este mensaje (incluyendo cualquier anexo) contiene información confidencial y se encuentra protegido por la Ley. Sólo puede ser utilizada por la persona o compañía a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente. Cualquier retención difusión, distribución, copia o toma cualquier acción basado en ella, se encuentra estrictamente prohibido.

Fecha Diligenciamiento: _____ Ciudad: _____ 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
Tomador-Beneficiario
Asegurado-Beneficiario

Familiar Comercial Laboral Otra Cual _____
Familiar Comercial Laboral Otra Cual _____
Familiar Comercial Laboral Otra Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Giraldo SEGUNDO APELLIDO: Jardon NOMBRES: Luis Diego
TIPO DE DOCUMENTO: C.C. NÚMERO: 18.462.396 FECHA DE EXPEDICIÓN: 20/10/1991 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Quimbaya
FECHA DE NACIMIENTO: 12/05/1965 LUGAR DE NACIMIENTO: Peru NACIONALIDAD 1: Colombiano NACIONALIDAD 2: _____
E-MAIL: luisdiegoabogado@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Calles 14 5-46 CIUDAD: Quimbaya
DEPARTAMENTO: Quindío TELÉFONO: _____ CELULAR: 3104552719
SECTOR: Jurídico CIU (cod): 6910 TIPO DE ACTIVIDAD: Jurídico ¿Cual?: _____
OCUPACIÓN: Abogado CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
CIUDAD: Quimbaya DIRECCIÓN (Oficina): Calles 14 5-46 DEPARTAMENTO: Quindío
TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): _____
INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 21.000.000= EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 10.000.000=
ACTIVOS (Pesos) \$ 1500.000.000= PASIVO (Pesos) \$ 300.000.000=
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) \$ 2.000.000.000= OTROS INGRESOS (Pesos) \$ 10.000.000=
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES Arrendamientos

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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 NO

¿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: _____

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	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	COMPANIA	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. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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 las Centrales de Información 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 política 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 adelante 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 DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

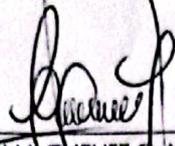
Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

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

SUS-FO-0097 (06-17)

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



FIRMANTE 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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.462.396**

GIRALDO LONDOÑO
APELLIDOS

LUIS DIEGO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-1963**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-OCT-1981 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2608000-58164536-M-0018462396-20080104 01714.08003N.02 229202724
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



CERTIFICADO

**QUIMBAYA,
QUINDIO,
COLOMBIA,
A quién interese**

21/11/2023

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **LUIS DIEGO GIRALDO LONDONO** con Cédula de Ciudadanía número **18462396**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número

000084013291

Fecha de apertura

22/08/1986

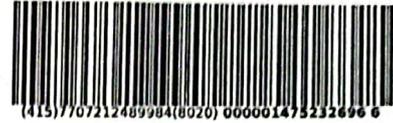
Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14752326966



(415)7707212489984(8020) 0000014752326966

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 8 4 6 2 3 9 6

6. DV

9

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Armenia

14. Buzón electrónico

1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimient 5 6 3 0
162. Nombre del establecimiento TABERNA Y DISCOTECA BUTAKO S	
163. Departamento Quindío 6 3	164. Ciudad/Municipio Quimbaya 5 9 4
165. Dirección CR 5 CL 15 ESQ	
166. Número de matrícula mercantil 6 6 1 3 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 1 9 9 3 0 4 0 6
168. Teléfono 6 7 5 2 0 2 8 8	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Otros tipos de alojamiento ncp 5 5 1 9
162. Nombre del establecimiento FINCA HOTEL CASA NOSTRA	
163. Departamento Quindío 6 3	164. Ciudad/Municipio Quimbaya 5 9 4
165. Dirección KM 2 VIA PANACA	
166. Número de matrícula mercantil 1 2 0 1 9 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 2 0 8 2 8
168. Teléfono 6 7 5 2 0 2 8 8	169. Fecha de cierre 2 0 0 7 0 8 2 8
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

**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO
ARMENIA QUINDÍO**

ACTA DE AUDIENCIA PÚBLICA

Demandante: Gloria Elena Yarce y/o
Demandado: Cootrasquin Ltda y/o
Proceso: Verbal – Responsabilidad Civil Extracontractual
Radicado: 63001-31-03-003-2021-00215-00
Fecha: Octubre 27 de 2023
Hora Inc. 09:20 a.m.
Hora Fin. 09:59 a.m.
Lugar: Sala virtual.
Id Lifesize: 18610457

LISTA DE ASISTENTES:

Demandante:

Gloria Elena Yarce Alzate	C.C.	25.022.767
John Jairo Ramírez Yarce	C.C.	1.097.032.320
Neider De Jesús Ramírez Yarce	C.C.	1.000.659.263
Lina Marcela Ramírez Yarce	C.C.	1.097.037.691
Néstor Arturo Ramírez Yarce	C.C.	1.097.038.326
Mónica Andrea Ramírez Yarce	C.C.	1.097.039.059
Ap. Dr. Luís Diego Giraldo Londoño	C.C.	18.462.396

Demandados:

Cootransmiquim Ltda.	Nit.	800.242.520-9
Rep. Edgar Arias Montes	C.C.	18.465.864
Ap. Dr. José Elberto Ramírez Damelines	C.C.	18.466.022
Ferney Peláez Osorio	C.C.	18.462.957
Ap. Dr. Jonatan Echeverri Álvarez	C.C.	1.037.324.073
La Equidad Seguros O.C.	Nit.	860.028.415-5
Ap y Rep. Gonzalo Rodríguez Casanoba	C.C.	1.144.201.314

CONCILIACIÓN (00:09:12 – 00:33:45)

Para terminar el Proceso por Conciliación, los demandados se comprometen a pagar a los demandantes las siguientes sumas de dinero:

La Equidad Seguros O.C.:	\$50.000.000
Cootrasqum Ltda.:	\$ 7.250.000
Ferney Peláez Osorio:	\$ 2.750.000
Total:	\$60.000.000

(...) dentro de los 30 días hábiles siguientes a la radicación de los siguientes documentos:

1. Formulario SARLAFT de los beneficiarios.
2. Certificación de la cuenta bancaria a la cual debe hacerse el pago, expedida dentro de los (30) días anteriores.
3. Copia de la cédula de ciudadanía de los beneficiarios.
4. Copia del acta de conciliación.

Los demandantes desisten de la acción penal contra Ferney Peláez Osorio, así como de cualquier acción o reclamación civil o administrativa contra los demandados por los hechos que motivaron la demanda.

Auto #01

PRIMERO. DECRETAR la terminación del proceso por conciliación. SEGUNDO. ADVERTIR a las partes que el presente acuerdo hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo. TERCERO. ARCHIVÉNSE las diligencias, previas las anotaciones correspondientes.

A las 09:59 a.m., agotado el objeto de la audiencia, se da por finalizada y se autoriza a los asistentes para retirarse de la comunicación.

Grabación:

<https://playback.lifesize.com/#/publicvideo/b45e252e-ff76-4147-b457-46c8462457cf?vcpubtoken=75df3ec6-295f-40ef-a308-11980dcd1555>

Firmado Por:
Ivan Dario Lopez Guzman
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 003
Armenia - Quindío

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: **450664a7f5e89d28d3af588c928d2122f764da083d61e38b4cbe1cd5ac6cc576**
Documento generado en 27/10/2023 03:06:50 PM

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

