



Ramo Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PROMISCOUO DEL CIRCUITO DE BOLIVAR CAUCA
jprctoguapi@cendoj.ramajudicial.gov.co
Código 19318-31-89-001

ACTA DE AUDIENCIA CONCILIACION

REFERENCIA: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
RADICADO: 191003189001-202100027-00
DEMANDANTES: ERIKA YULIETH BOLAÑOS SILVA Y OTROS
APODERADO: FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ
DEMANDADO: EQUIDAD SEGUROS Y OTROS

Bolívar, Cauca, quince (15) de abril de dos mil veinticuatro (2024)

Hora de inicio: 2:20 P.M.

En cumplimiento a lo ordenado en la audiencia que se llevó a cabo el día 08 de abril de la actualidad, damos continuidad a la audiencia inicial de que trata el Art. 372 C.G.P., dentro del proceso de la referencia.

PRESENTACIÓN DE LAS PARTES: En seguida verificamos la comparecencia de las partes y sus apoderados, a quienes se les solicita hagan su presentación suministrando nombres, números de los documentos de identidad, domicilio, dirección de residencia y números telefónicos. Los apoderados indicarán, además, el número de su tarjeta profesional.

Demandante: ERIKA YULIETH BOLAÑOS SILVA
Identificación: C.C 1.058.963.337 de Bolívar - Cauca

Demandante: SEBASTIAN BOLANOS
Identificación: C.C. 1.058.963.336 de Bolívar - Cauca

Apoderado: FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ
Identificación: C.C 1.061.726.573 de Popayán - Cauca
T.P No: 242516 C.S.J
Email: fabian.1903@hotmail.com
Teléfono: 3168242562

Demandada: ASEGURADORA EQUIDAD SEGUROS
Representado por la Dra. ANA MARIA BARON MENDOZA
Identificación: C.C No. 1.019.077.502 Bogotá D.C
T.P No: 256.684 C.S. J
Teléfono No: 3168024746.
Email: tcastano@gha.com.co

Curador Ad-Litem: Dr. JAIRO JOE MUÑOZ
Identificación: C.C. No. 1.061.696.283 de Popayán.
T.P. No: 246194 C.S.J
Teléfono No. 3146534035
Email: jajomunoz@gmail.com

Atendiendo a que la audiencia anterior se suspendió por solicitud de las partes con el fin de lograr un acuerdo conciliatorio, el DESPACHO: Requiere a las partes para que informen si han llegado a un acuerdo que deba conocerse y ser tenido en cuenta.

El apoderado de la parte demandante: manifiesta que si hubo acuerdo para pagar la suma por parte de Equidad Seguros de setenta millones de pesos (\$70.000.000), el cual se consignara en la cuenta personal del suscrito, el cual está facultado según poder para conciliar y recibir dicha cantidad de dinero.

La apoderada parte demandada: manifiesta que llegaron a un acuerdo por setenta millones de pesos (\$70.000.000), pagaderos dentro los veinte (20) días siguientes a la remisión de unos documentos que se requieren para dicho pago por parte de la Equidad Seguros, los cuales son: formatos de autorización de pago por transferencia electrónica, fotocopia de cedula a la persona que se le vaya a realizar la transferencia, certificado bancario, escrito de desistimiento de cualquier acción penal derivado de los mismos hechos. Estas serian las condiciones para dicho pago.

DESPACHO: Atendiendo a la solicitud de conciliación establecida por las partes, procede el Despacho a verbalizar el acuerdo conciliatorio, recordando que la conciliación judicial es un medio alternativo a la resolución del conflicto mediante una decisión o fallo, por lo que de llegarse al acuerdo el funcionario judicial lo homologa o convalida, otorgándole eficacia de cosa juzgada.

De conformidad con lo expuesto, no cabe duda que cuando las partes llegan a una conciliación sobre todas las pretensiones del litigio, lo que indefectiblemente sigue es que el funcionario judicial dicte un auto declarando terminado el proceso, pues el convenio celebrado tiene fuerza vinculante, hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo, es decir, se trata de un acto de similares efectos a los de la sentencia.

ACUERDO CONCILIATORIO

Las partes de común acuerdo, es decir el apoderado de los demandantes ERIKA YULIETH BOLAÑOS SILVA y otros, y la demandada: Aseguradora la EQUIDAD SEGUROS, Representado por la Dra. ANA MARIA BARON MENDOZA llegaron al siguiente acuerdo conciliatorio.

- a) Fijar la obligación dineraria que motivo la presente acción en la suma de *setenta millones* de pesos (\$70.000.000) pagaderos dentro los veinte (20) días siguientes a la remisión de unos documentos que se requieren para dicho pago por parte de la Equidad Seguros, los cuales son: formatos de autorización de

pago por transferencia electrónica, fotocopia de cedula a la persona que se le vaya a realizar la transferencia, certificado bancario, escrito de desistimiento de cualquier acción penal derivado de los mismos hechos. Estas serían las condiciones para dicho pago.

- b) *La suma de setenta millones de pesos (\$70.000.000), se consignará en la cuenta personal del Dr. FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ, apoderado de la parte demandante persona que está facultado para conciliar y recibir dicha cantidad de dinero, según poder otorgado.*

DESPACHO: El presente acuerdo conciliatorio se pone a disposición de los apoderados para que hagan las manifestaciones correspondientes.

Las partes manifestaron estar conformes con el acuerdo conciliatorio.

Así las cosas, leído el acuerdo conciliatorio y como quiera que las partes no hacen reparo alguno y manifiestan estar de acuerdo pues este pacto abarca la totalidad de las pretensiones de la demanda, el despacho dispondrá su aprobación.

En mérito de lo expuesto el Juzgado Promiscuo del circuito de Bolívar,
Cauca

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el acuerdo conciliatorio al que llegaron *El apoderado de la parte demandante Dr. FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ, y por la parte demandada la Dra. ANA MARIA BARON MENDOZA* quien actúa como representante de la Aseguradora EQUIDAD SEGUROS.

SEGUNDO: DECLARAR TERMINADO el presente proceso Declarativo de Responsabilidad Civil Extracontractual, con radicado **19100318900120210002700**, en virtud de la conciliación a la que llegaron las partes en el presente asunto.

TERCERO: Sin condena a costas por no ameritarse

CUARTO: El acta de conciliación contentiva del acuerdo prestará mérito ejecutivo y el asunto tendrá carácter de cosa juzgada.

QUINTO: Revisada el acta y una vez cumplido lo anterior, archívense las presentes diligencias.

La decisión queda notificada en estrados. Partes conformes.

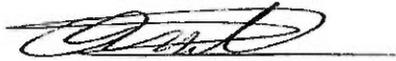
LA PRESENTE ACTA ES DE CARÁCTER INFORMATIVO LAS PARTES HAN DE ESTARSE A LO DISPUESTO EN LA AUDIENCIA.

La Juez,



ANGELA MARIA MUÑOZ DORADO

El Secretario,



SERGIO DAVID QUIÑONES LOPEZ



FISCALÍA 01 Local
Unidad Local - Bolívar

E. S. D.

REFERENCIA: DELITO DE LESIONES PERSONALES CULPOSAS - EN ACCIDENTE DE TRANSITO-
INVESTIGACIÓN No. 190016000602 201704710

Yo, Eriko Yulieth Bolaños Silva, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio en calidad de víctima dentro del proceso indicado en la referencia, por medio del presente escrito manifiesto que desisto por indemnización integral correspondiente a toda clase de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, sufridos como consecuencia del accidente ocurrido el 20 de abril de 2017, en el que se vio involucrado el vehículo de placa S4J-132 conducido por Yonise Martínez Matos (indiciado)

También renuncio a la intervención de peritos para que evalúen los perjuicios, por estar conforme con la liquidación del perjuicio, la cual acepto, por haberme sido cancelada la suma de setenta millones de pesos Mcte., (\$ 70.000.000), así mismo desisto de toda acción civil o penal presente o futura que se esté tramitando o se llegara a tramitar como consecuencia del accidente contra LA EQUIDAD SEGUROS O.C., de la empresa de transporte Cooperativa transportadora de timbio, del propietario del vehículo de placa S4J-132 y su conductor, por encontrarse a PAZ y SALVO las personas antes mencionadas.

Al haber sido indemnizado por parte de los directos responsables de las lesiones y perjuicios materiales, estoy ejerciendo el derecho que me otorga la norma y manifiesto bajo la gravedad del juramento que no deben reclamar otras personas naturales o jurídicas que pretendan ejercer el derecho de acuerdo con el grado de consanguinidad y afinidad.

Le informo al despacho que este desistimiento lo hago libre y espontáneo, sin ninguna presión y por consiguiente ruego aceptarlo y declarar la Preclusión de la instrucción, resaltando que solicito se levante el pendiente al vehículo de placa S4J-132.

Cordialmente,

Yulieth Bolaños Silva identificado (a) con Cedula de Ciudadanía
No. 1058963337 de Bolívar
Fecha. 17-04-2019

Una aseguradora cooperativa con sentido social



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



COD 25347

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el diecisiete (17) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría primera (1) del Círculo de Popayán, compareció: ERIKA YULIETH BOLAÑOS SILVA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1058963337 y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

25347-1

Yuliett Bolaños Silva



016a55ca4d

17/04/2024 15:16:58

----- Firma autógrafa -----

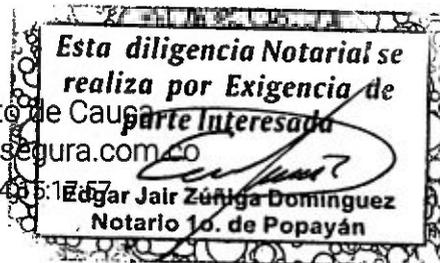
Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información con destino a: TRAMITE LEGAL .



EDGAR JAIR ZÚÑIGA DOMÍNGUEZ
Notaria (1) del Círculo de Popayán , Departamento de Cauca
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>
Número Único de Transacción: 016a55ca4d, 17/04/2024 15:16:58





equidad
seguros

FISCALÍA 01 Local
Unidad Local - Bolívar

E. S. D.

REFERENCIA: DELITO DE LESIONES PERSONALES CULPOSAS - EN ACCIDENTE DE TRANSITO-
INVESTIGACIÓN No. 140016000 602 2017 04710

Yo, Elko Yulieith Bolívar Silva, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio en calidad de víctima dentro del proceso indicado en la referencia, por medio del presente escrito manifiesto que desisto por indemnización integral correspondiente a toda clase de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, sufridos como consecuencia del accidente ocurrido el 20 de abril de 2017, en el que se vio involucrado el vehículo de placa 54J132 conducido por Yonive Multinea Motoha (indiciado)

También renuncio a la intervención de peritos para que evalúen los perjuicios, por estar conforme con la liquidación del perjuicio, la cual acepto, por haberme sido cancelada la suma de setenta millones de pesos Mcte., (\$ 70.000.000), así mismo desisto de toda acción civil o penal presente o futura que se esté tramitando o se llegara a tramitar como consecuencia del accidente contra LA EQUIDAD SEGUROS O.C., de la empresa de transporte Cooperativa transportadora de Timbio, del propietario del vehículo de placa 54J-132 y su conductor, por encontrarse a PAZ y SALVO las personas antes mencionadas.

Al haber sido indemnizado por parte de los directos responsables de las lesiones y perjuicios materiales, estoy ejerciendo el derecho que me otorga la norma y manifiesto bajo la gravedad del juramento que no deben reclamar otras personas naturales o jurídicas que pretendan ejercer el derecho de acuerdo con el grado de consanguinidad y afinidad.

Le informo al despacho que este desistimiento lo hago libre y espontáneo, sin ninguna presión y por consiguiente ruego aceptarlo y declarar la Preclusión de la instrucción, resaltando que solicito se levante el pendiente al vehículo de placa 54J-132.

Cordialmente,

Yulieith Bolívar Silva identificado (a) con Cedula de Ciudadanía
No. 1058963337 de Bolívar.
Fecha. (7-04-2021)

Una aseguradora cooperativa con sentido social



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



COD 25347

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el diecisiete (17) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría primera (1) del Círculo de Popayán, compareció: ERIKA YULIETH BOLAÑOS SILVA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1058963337 y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

25347-1

Yulieth Bolaños Silva



016a55ca4d

17/04/2024 15:16:58

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información con destino a: TRAMITE LEGAL .



EDGAR JAIR ZÚÑIGA DOMÍNGUEZ
Notaria (1) del Círculo de Popayán, Departamento de Cauca
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 016a55ca4d, 17/04/2024 15:17:56



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

 Fecha Diligenciamiento: 04-2024 Ciudad: Popayán Sucursal: Popayán

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: Martinez SEGUNDO APELLIDO: Paez NOMBRES: Fabian Andler
 TIPO DE DOCUMENTO: C.C NÚMERO: 1.061.726.573 FECHA DE EXPEDICIÓN: 26-03-2009 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Popayán
 FECHA DE NACIMIENTO: 19/03/1990 LUGAR DE NACIMIENTO: Popayán NACIONALIDAD 1: Colombiano NACIONALIDAD 2: N/A
 E-MAIL: fabian.1990@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Calle 10 #13-17 CIUDAD: Popayán
 DEPARTAMENTO: Cauca TELÉFONO: N/A CELULAR: 316 824 2562
 SECTOR: Las Américas CIU (cod): 6910 TIPO DE ACTIVIDAD: Actividades jurídicas Cual?: Abogado
 OCUPACIÓN: Abogado CARGO: Abogado EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A
 CIUDAD: Popayán DIRECCIÓN (Oficina): Calle 10 # 6-31 DEPARTAMENTO: Cauca
 TELÉFONO (Oficina): N/A ACTIVIDAD SECUNDARIA: N/A CIU (cod): N/A
 ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes): N/A
 INGRESOS MENSUALES (Pesos) 12.000.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) 10.000.000
 ACTIVOS (Pesos) 400.000.000 PASIVO (Pesos) 200.000.000
 PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) 200.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos) N/A
 CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES N/A

¿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 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

[Handwritten Signature]

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).



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIARIA OT CUAL: _____

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

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Fabian Andres		PRIMER APELLIDO MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO POZ
TIPO DE IDENTIFICACION CC	NÚMERO 1.061.726.573	FECHA EXPEDICION 26-03-2008	CIUDAD EXPEDICION Popayán
DIRECCION: Carre 10 #13-17 Las Américas		CIUDAD: Popayán	DEPARTAMENTO: Cauca
TELEFONOS: N/A	FAX: N/A	CELULAR: 3168242562	

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA 196000857256	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO 051
BANCO DaviVienda	SUCURSAL Popayán	CIUDAD Popayán

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

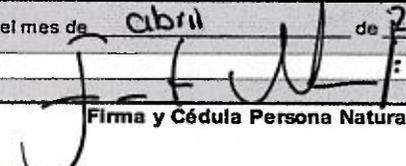
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	FBX	EXTENSION	FAX

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

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: **Popayán** a los **(17)** del mes de **abril** de **2024**.

_____ Firma del Representante Legal y Sello	 Firma y Cédula Persona Natural
---	---

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

17/04/2024

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1061726573**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550196000857256

Fecha de apertura

15/08/2018

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.726.573

MARTINEZ PAZ

APELLIDOS

FABIAN ANDRES

NOMBRES

Fabian Andres Martinez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

19-MAR-1990

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

O+

M

ESTATURA

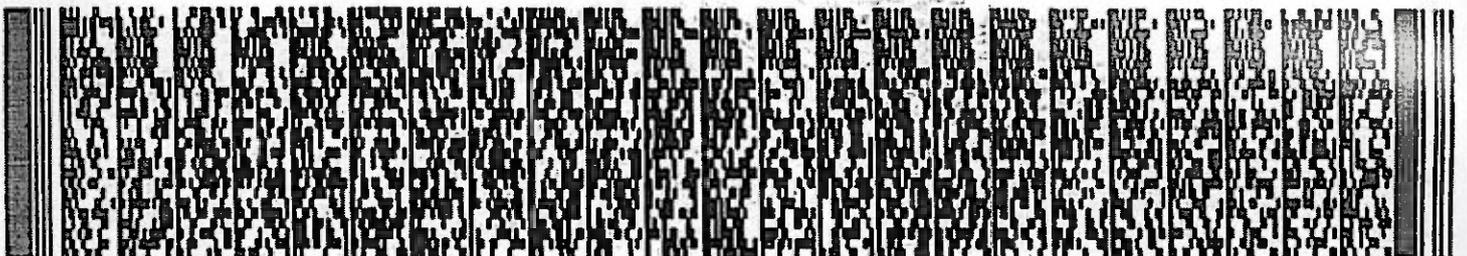
G.S. RH

SEXO

26-MAR-2008 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1100100-00078461-M-1061726573-20080925

0003711024A 1

27895684



Consejo Superior de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
FABIAN ANDRES

APELLIDOS:
MARTINEZ PAZ

Fabian Andres

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
FRANCISCO JAVIER RICAURTE GO

UNIVERSIDAD
ORP. AUTONOMA/CAUCA 21 mar 2014

FECHA DE GRADO

CONSEJO SECCIONAL
CAUCA

TELÉFONO
061.726.573

FECHA DE EXPEDICION
16 may 2014

TARJETA N°
242516

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.