

JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE CALI
Santiago de Cali – Valle del Cauca, once (11) de abril de 2024
Proceso 760014003001-2023-00519-00

Hora de inicio: 09:58 a.m. 11 de abril de 2024
Hora de finalización: 11:20 a.m. 11 de abril de 2024

G. HERPERA & ASOCIADOS

17 ABR 2024

AUDIENCIA PÚBLICA No. 17

INSTALACIÓN AUDIENCIA

NO IMPLICA
Natalia Gómez

Buenos días a todos y todas, en la ciudad de Cali, departamento del Valle, siendo las 10:00 a. m. del día de hoy jueves once (11) de abril de 2024, el Juzgado Primero Civil Municipal de Cali se constituye en audiencia pública con el fin de surtir la audiencia que trata el art. 372 y de ser posible 373 del C. G. P, dentro del proceso de Responsabilidad Civil Extracontractual radicado bajo el número **760014003001 20230051900** promovido por el señor HUMBERTO ZAPATA TABORDA en contra de JOSE EGIDIO GOMEZ ALVAREZ y MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INTERVINIENTES.

1- DEMANDANTE: - HUMBERTO ZAPATA TABORDA identificado con CC. .79.349.889.

- **APODERADO:** Dr. JORGE HUMBERTO RICO MURIEL identificado con C.C. 59.663.393 y T.P. 93.472.

2.- DEMANDADO: - JOSÉ EGIDIO GÓMEZ ÁLVAREZ identificado con CC. 6.525.192. No asistió.

3.- MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A identificado con NIT. 891,700.037-9 Representada legalmente por **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA** identificado con cedula 19.395.114.

-**APODERADA SUSTITUTA:** **ANGIE NATHALIA ZAMBRANO ALMONACID**, identificada con CC. 1.094.963.116 de Cali y T.P. 335.031.

RADICACIÓN: 760014003001- 2023-00519-00

CONCILIACIÓN.

En esta etapa de conciliación se instó a las partes a conciliar, siendo esta la mejor herramienta para solucionar el conflicto, por ello, se le concedió el uso de la palabra a la parte demandante quien expresó su ánimo conciliatorio al igual que la parte demandada.

Una vez debatidas las fórmulas de arreglo, se llegó a un acuerdo conciliatorio de la siguiente manera:

-Se concilian las pretensiones de la demanda incluyendo las costas y agencias en derecho en un único valor correspondiente a VEINTIDÓS MILLONES DE PESOS (**\$22.000.000 M/cte**).

-Esta suma será pagada de la siguiente manera: por parte de **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** al señor **HUMBERTO ZAPATA TABORDA**, en el término

de veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de los siguientes documentos:

- Formato de conocimiento del cliente.
- Certificación bancaria.
- Cedula ampliada al 150%.
- Desistimiento de la acción penal o constancia de que no se ha instaurado ni se instaurará ningún tipo de acción civil o penal por parte de los convocantes.
- Acta de audiencia del acuerdo conciliatorio.

Los cuales deben ser radicados de manera física en las instalaciones de **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** en la Avenida 6 A Bis No. 35 N - 100, centro empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali y de manera digital a los correos electrónicos: notificaciones@gha.com.co y azambrano@gha.com.co.

Este acuerdo se celebra bajo la premisa de que el demandante declara que es el único perjudicado como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el 31 de enero de 2023, en la calle 18 con carrera 16 por colisión entre la camioneta de placas FRM493 conducida por el señor JOSE EGIDIO GOMEZ ALVAREZ y el automóvil de placas HZT020 conducido por el señor HUMBERTO ZAPATA TABORDA, y en esa medida manifiesta que no existe ningún otro reclamante con derecho alguno con relación a estos hechos.

El acuerdo se aprobó, recordando a las partes que el mismo presta mérito ejecutivo y hace tránsito a cosa juzgada.

Esta decisión se notificó en estrados siendo aceptada por las partes. **Se termina la audiencia siendo las 11:20am.**

LA JUEZA,

Firmado electrónicamente
ELIANA NINCO ESCOBAR

LC

Firmado Por:
Eliana Mildreth Ningo Escobar
Juez
Juzgado Municipal
Civil 001
Cali - Valle Del Cauca

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

Código de verificación: 9797f1b3d025e0391468e71a2db7ada816982c1b07b435c0b3fea940b4c7d2b5

Documento generado en 11/04/2024 04:42:41 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://capacitacion.ramajudicial.gov.co:9443/FirmaElectronica>



MAPFRE
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)	FECHA DE VINCULACIÓN																				
TOMADOR ☐ AFUERADO ☐	<table border="1"><tr><td></td><td>Familiar</td><td>Comercial</td><td>Laboral</td><td>Personal</td></tr><tr><td>ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐</td><td>Tomador - Asegurado</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>BENEFICIARIO ☐</td><td>Tomador - Beneficiario</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Asegurado - Beneficiario</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Familiar	Comercial	Laboral	Personal	ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐	Tomador - Asegurado				BENEFICIARIO ☐	Tomador - Beneficiario					Asegurado - Beneficiario				OFICINA
	Familiar	Comercial	Laboral	Personal																		
ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐	Tomador - Asegurado																					
BENEFICIARIO ☐	Tomador - Beneficiario																					
	Asegurado - Beneficiario																					

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
-----------------	------------------	---------

C.C. ☒ C.E. ☐ P.S. ☐ NÚMERO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	GÉNERO	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN
---	---------------------	---------------------	----------------------	--------	------------------------

PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA?	ESTADO CIVIL	ESTRATO
----------------------------	---------------------	--------------	----------------------------------	--------------	---------

TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA?	NÚMERO ID FISCAL	¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL?
--	------------------	--

¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? *	TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL	CÓDIGO CIU
--	-----------------------------	------------

SECTOR	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA
--------	------------------------------------

CARGO	CUIDAD EMPRESA	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONO EMPRESA	DIRECCIÓN RESIDENCIA
-------	----------------	-------------------	------------------	----------------------

CUIDAD RESIDENCIA	TELÉFONO	CELULAR	EMAIL
-------------------	----------	---------	-------

ACTIVIDAD SECUNDARIA	CÓDIGO CIU	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)
----------------------	------------	--

INGRESOS MENSUALES	ACTIVOS
EGRESOS MENSUALES	PASIVOS
OTROS INGRESOS	CONCEPTO OTROS INGRESOS

¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL?	SI ☒ NO ☐
--	--

ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐ NO ☒
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL?	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☐ NO ☒
TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES?	SI ☐ NO ☒
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS	

ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

Vínculo	Nombre	Tipo de documento	No identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	¿Vinculado Actualmente? SI/No	Fecha desvinculación

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA

Declaro expresamente que
1. Los recursos y riqueza que poseo provienen de las siguientes fuentes de ingresos (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI ☐ NO ☐	IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	INVERSIONES
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI ☐ NO ☐	TRANSFERENCIAS	GIROS	PRÉSTAMOS

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI ☐ NO ☐

AÑO	RAMO	COMPañA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente 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 públicamente 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 importantes de partidos políticos.
Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W8 Ben o W8 Ben-E según corresponda

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería vigente, pasaporte vigente, carnet diplomático y permiso especial de permanencia o complementario vigente)
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario – RUT – si la actividad económica es: Comerciante, Independiente, inversionista y Rentista
3. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible.
4. APODERADO. Copia legible del poder firmado con conocimiento de notaría, junto con la copia del documento de identificación.

6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significan las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de los servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnicos-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crédito u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente. Si ☐ NO ☐

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, Si ☐ NO ☐ especialmente 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos varcos y fididignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactados por LA ASEGURADORA y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales:

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Llamada telefónica | 3. Correo electrónico | 5. Mensajería por aplicaciones o web |
| 2. Mensaje de Texto | 4. Mensajería en físico | 6. Otro _____ |

7. FIRMA Y HUELLA

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

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 79349889



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA				
FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
RESULTADO	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐			
OBSERVACIONES				
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE				
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE				

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
OBSERVACIONES				
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN				
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN				
C.C.				

CONSTANCIA INEXISTENCIA DE ACCION PENAL Y/O CIVIL

SEÑORES:

**JUZGADO 01 CIVIL MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI
MAPFRE SEGUROS DE COLOMBIA S.A.
JOSE EGIDIO GOMEZ ALVAREZ**

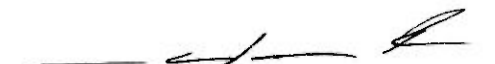
HUMBERTO ZAPATA TABORDA, identificado con cedula de ciudadanía número **79.349.889** de Bogotá, y **JORGE HUMBERTO RICO MURIEL** identificado con cedula de ciudadanía numero **16.070.752** de Manizales Caldas en calidad de apoderado, por medio del presente documento hacemos constar que no se ha adelantado acción penal ni civil diferente al proceso 2023-519 que cursó en el juzgado 01 civil municipal de Santiago de Cali en contra del señor **JOSE EGIDIO GOMEZ ALVAREZ Y MAPFRE SEGUROS DE COLOMBIA S.A.** y que culminó el pasado 11 de abril de 2024, con acuerdo de conciliación sobre la totalidad de las pretensiones.

De igual forma hacemos constar que no se iniciará a futuro acción civil o penal por parte del señor **HUMBERTO ZAPATA TABORDA** sobre los mismos hechos y partes que participaron en la conciliación dentro del proceso **2023-519 del juzgado 1 Civil Municipal de Santiago de Cali.**

Para constancia de lo anterior se suscribe a los 12 días del mes de abril de 2024,



HUMBERTO ZAPATA TABORDA
C.C 79.349.889



JORGE HUMBERTO RICO MURIEL
C.C.16.070.752
TP. 158.431

Certificado Bancario

Lunes, 15 de abril de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HUMBERTO ZAPATA TABORDA identificado(a) con CC 79349889, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	32671046055	2011/06/24	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



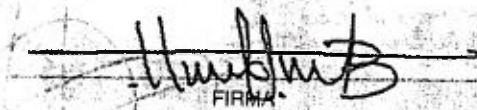
Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.349.889**

ZAPATA TABORDA
APELLIDOS

HUMBERTO
NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1965**

MANZANARES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

16-AGO-1983 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00618399-M-0079349889-20140903

0039851618A 1

2812986346