

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.057.594.089**

MORENO CASTILLO

APELLIDOS

DIEGO ANDRES

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

CA DE

FIRMA



INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-1993**

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

B+
G.S RH

M
SEXO

18-ENE-2012 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0727700-00369021-M-1057594089-20120404 0029606272A 1 34706297

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de Identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Ubaté

Fecha:

DÍA	MES	AÑO
02	11	2024

Tipo de trámite: Vinculación ☒ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☒ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (Individualización del producto):

Tomador -Asegurado	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál: _____
Tomador -Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál: _____
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál: _____

Persona Natural									
Primer apellido Moreno			Segundo Apellido Castillo			Nombres Completos Diego Andres			
Documento de Identidad									
Personas Nacionales Cédula ☒ T.I. ☐ NUIP ☐			Personas Extranjeras C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐				NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:		
No 1057594089			No 				No 		
Fecha de expedición 18/01/2012			Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.						
Lugar de expedición Sogamoso									
Fecha de nacimiento 29/12/1993		Lugar de nacimiento Sogamoso		Nacionalidad Colombiana		Dirección de Residencia Cra. 2B # 11A-50			
Ciudad Ubaté		Teléfono 		E-mail diegoandresmorenocastillo@gmail.com		Celular 3115825733			
Oficio o profesión Desempleado				Actividad: Independiente		Dependiente ☐			
Empresa donde trabaja 			Cargo 		Teléfono 				
Dirección comercial 						Ciudad 			
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO					Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:				
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? ☐ SI ☒ NO									
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? ☐ SI ☒ NO									
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO									
Actividad económica Ninguna						Código CIU 			
Ingresos Mensuales (Pesos) Cero (0)				Egresos mensuales (Pesos) \$ 1500.000.					
Activos (Pesos) Cero (0)				Pasivos (Pesos) \$ 10.000.000					
Patrimonio (Pesos) Cero (0).				Otros Ingresos (Pesos) \$ 1.800.000					
Concepto otros Ingresos Oficinas Varios									
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):									
Primer apellido Gonzalez			Segundo Apellido Piñilla			Nombres Completos Elsa			
Tipo de documento C.C.		N° 51982713		Fecha de expedición 19/09/88		Lugar de expedición Bagotó			
Persona Jurídica									
Nombre o razón social 						Nit. 			
Oficina principal: Dirección 			Ciudad 		Teléfono 		Fax 		
Sucursal o agencia: Dirección 			Ciudad 		Teléfono 		Fax 		
Tipo de empresa 			Sector de la economía 			Cuál 		Fecha de Constitución 	
Actividad económica 						Código CIU 			
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:									
Primer apellido 			Segundo Apellido 			Nombres Completos 			
Tipo de documento 		N° 		Fecha de expedición 		Lugar de expedición 			
Fecha de nacimiento 		Lugar de nacimiento 				Nacionalidad 			
Dirección 					Ciudad 		Teléfono 		

610KMUZC RYDSEB

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros Ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si ☐ No ☒ Cuál Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
------------------	--------------------------------------	---------	-------	--------	------	--------

Información sobre reclamaciones en seguros
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEGURO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello; 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO Y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLD, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones FASECOLD- INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (I) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ☐ No ☒
- (II) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si ☐ No ☒
- (III) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar y predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ☐ No ☒

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinar los y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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.


105159409M
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?

SI NO
SI NO
SI NO
SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

Tomador
Nombre o razón social: Diego Andres Moreno Castillo NIT / C.C.: 1057594089
Oficina principal: Dirección: Cra 28 # 114-50 Ciudad: Ubaté Teléfono: 3115825733

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
Tipo de documento: _____ N°: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): _____ Número de Cuenta (validar según relación): 35889828321 Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: ☐ Tarjeta Allianz: ☐ Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000). SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLD, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a Inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que implique eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: I) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 6941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); II) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y III) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CUENTE O TERCERO

Nombre: Diego Andres Moreno Castillo
C.C. No. 1057594089

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	005	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GB Sudamerica	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Devivenda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Av Villas	052	6 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

Doctora
CARMEN ROSO CORZO RODRIGUEZ.
Fiscal Local 1
Unidad de Fiscalías de Ubaté- Cundinamarca
Carrera 6 No. 8-27 Barrio Centro.
E. S. D.

Ref. CUI 258436000383202151090-2021-06-17
Denunciantes: EMERSON BALLEEN DUARTE y OTRO.
Indiciado: MARIO ANDRES PULIDO GOMEZ.
Delito: Lesiones Culposas.

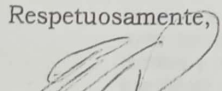
Asunto: Desistimiento Acción penal.

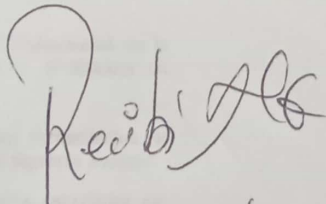
Respetada Doctora,

ELSA GONZALEZ PINILLA, en calidad de apoderada de los señores EMERSON BALLEEN DUARTE y DIEGO ANDRES MORENO CASTILLO, reconocida como tal dentro del asunto de la referencia, para los fines pertinentes me permito manifestar a la señora Fiscal, que mis poderdantes llegaron a un acuerdo de conciliación con el indiciado MARIO ANDRES PULIDO GOMEZ, en audiencia celebrada el pasado 24 de septiembre de 2024, en el Juzgado Civil del Circuito del municipio de Ubaté, dentro del proceso de Responsabilidad Civil Extracontractual con Radicado No. 2023-00003. En este orden de ideas, y como quiera que el acuerdo conciliatorio fue de manera libre y voluntaria por las partes, mis poderdantes solicitan el desistimiento de la acción penal que se adelanta en su despacho, para lo cual allego con la presente la petición correspondiente por parte de mis mandantes. Así las cosas, al tenor del Art. 76 del Código de Procedimiento Penal, y contando con la facultad de desistir presento el desistimiento de conformidad con la decisión de mis clientes.

Para los fines pertinentes, allego copia del acta de conciliación que sustenta lo dicho y la solicitud de desistimiento de mis mandantes.

Respetuosamente,


ELSA GONZALEZ PINILLA
C.C. No. 51.982.713 de Bogotá
T.P. No. 145.424 del C. S. de la J.


25-10-24
2:00 pm
~

Certificación Bancaria

Viernes, 27 de septiembre de 2024

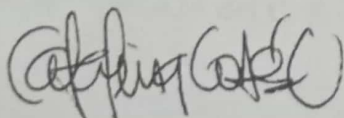
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que EMERSON BALLEEN DUARTE identificado(a) con CC 1076661533, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	33200006862	2023-01-30	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

ULA DE
ADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
BALLEN DUARTE

NUIP 1.076.661.533

Nombres
EMERSON

Nacionalidad

COL

Estatura

1.67

Sexo

M

Fecha de nacimiento

12 SEPT 1994 A+

Lugar de nacimiento

BOLIVAR (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición

26 SEPT 2012, UBATE

Firma

Fecha de expiración

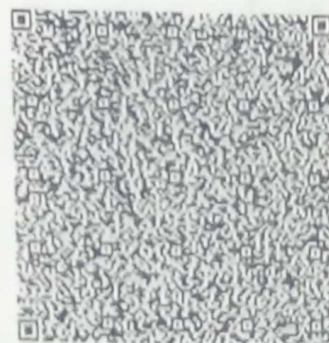
07 JUN 2033



.CO

024138871

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL024138871215304<<<<<<<<<<
9409123M3306079COL1076661533<7
BALLEN<DUARTE<<EMERSON<<<<<<<<<<

- ¿Por la venta o actividad económica recurrente pública?
¿Por la actividad o oferta, gases de refrigeración pública general?
¿Por la venta o actividad económica algún grado de venta pública?
¿Existe algún vínculo entre la y una persona considerada políticamente sensible?



Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especificar:

Tomador

Nombre y razón social: **Emerson Ballen Duarte** No. C.C.: **1076661533**
 Oficina principal: Dirección: **Finca Miraflores** Ciudad: **Ubaté** Teléfono: **3708724051**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: Segundo apellido: Nombres completos:
 Tipo de documento: N°: Dirección: Teléfono:

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A. Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTA: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMUNITARIAS.
 Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para quién es el:

Código Entidad Financiera (según relación): Número de Cuenta (validar según relación): **33200006862** Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☒ Ahorro

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en ventanillas (23) oficiales de la red nacional.
PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE DIRIGIRÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
 Cheque ☐ Efectivo ☐ (Efectivo: número y tipo de cuenta a seleccionar según los cheques o efectivo recibidos: máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000). SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, les autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Rápido	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco ONB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Genadaro BBVA	013	8, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	8 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Devianta	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Al Villes	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

Nombre: **Emerson Ballen Duarte**
 C.C. No. **1076661533**

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Allianz Seguros de Vida S.A. NIT 860.027.404-1
Allianz Seguros S.A. NIT 860.026.182-5

VERSIÓN 310124-1

Frederic
7076661583



027®

18

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin estar sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza).

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o parte por valor (en caso de requerir más espacio, debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera ☐ Si ☒ No ☐ ¿Cuál? Indique otras operaciones

Productos financieros en el exterior						
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?						
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Moneda	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros				
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos doce meses				
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A., y/o COLSEGAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías. Incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACREDITO y CIBEL, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasescolda-INVERFIAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. ☐ Si ☒ No ☐

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. ☐ Si ☒ No ☐

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. ☐ Si ☒ No ☐

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 5); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

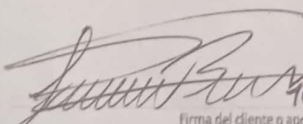
Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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.

 7076661533
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario al el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		

Signature
7076661533



JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE UBATÉ

Calle 7 N° 9-46

icctoubate@cendoj.ramajudicial.gov.co

ACTA DE AUDIENCIA PÚBLICA CELEBRADA DENTRO DEL PROCESO VERBAL (RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL) N° 25-843-31-03-001-2023-00003-00 INSTAURADO POR EMERSON BALLÉN DUARTE Y DIEGO ANDRÉS MORENO CASTILLO CONTRA MARIO ANDRÉS PULIDO GÓMEZ.

Ubaté-Cundinamarca, veinticuatro (24) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024).

Hora de inicio : 9:07 a.m.

Hora de finalización: 10:04 a.m.

INTERVINIENTES:

Juez: ANA MARÍA ROCA CUESTA

Demandantes: EMERSON BALLÉN DUARTE
DIEGO ANDRÉS MORENO CASTILLO

Apoderada judicial de los demandantes: ELSA GONZÁLEZ PINILLA

Demandado: MARIO ANDRÉS PULIDO GÓMEZ

Apoderado judicial del demandado: ROLAND STIVE GALEANO NAVARRO

Representante legal de la llamada en garantía Allianz Seguros S.A. CARLOS ARTURO PRIETO SUÁREZ

Apoderada de Allianz Seguros: MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ PIARPUSAN

OBJETO DE LA AUDIENCIA.

Audiencia del artículo 372 del Código General del Proceso.

Inicialmente el Despacho reconoció al abogado ROLAND STIVE GALEANO NAVARRO, como apoderado judicial del demandado MARIO ANDRÉS PULIDO GÓMEZ, en los términos y para los efectos del memorial de sustitución de poder allegado a la actuación, suscrito por el doctor HAROLD VINICIO BARÓN RODRÍGUEZ.

Asimismo, reconoció a la doctora MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ PIARPUSAN como vocera judicial de la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., en los términos del escrito de sustitución aportado al proceso por el abogado GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

FASE DE CONCILIACIÓN

La titular del juzgado ilustró a los litigantes sobre los beneficios y consecuencias de la conciliación y los invitó a sostener una conversación respetuosa a fin de alcanzar un acuerdo.

Luego del diálogo pertinente y con asesoría de sus apoderados, los demandantes, el demandado y el representante legal de la llamada en garantía llegaron al siguiente acuerdo:

La totalidad de las pretensiones se tasaron en la suma de OCHENTA MILLONES DE PESOS (\$80'000.000⁰⁰), que pagará la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S. A. mediante transferencia electrónica a los demandantes EMERSON BALLÉN DUARTE y DIEGO ANDRÉS MORENO CASTILLO, en proporción del 50% para cada uno, dentro del término

máximo de 15 días contados a partir de la fecha de radicación de la documentación requerida en esta audiencia por la apoderada judicial de la Allianz Seguros S.A.

La mencionada profesional informó a los demandantes los documentos que deben presentar y el procedimiento para su radicación ante la aseguradora, quienes expresaron conformidad.

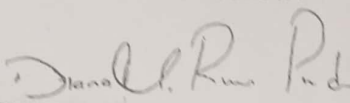
El Despacho dictó auto aprobando la conciliación y disponiendo la terminación del proceso por recaer el acuerdo sobre la totalidad de las pretensiones y el archivo del proceso sin condena en costas. Adicionalmente, ordenó el levantamiento de las medidas cautelares practicadas y advirtió que la presente conciliación hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo.

La anterior decisión no fue objeto de recursos.

La Juez,

ANA MARÍA ROCA CUESTA

La secretaria,


DIANA MILENA RIVERA PARDO

Firmado Por:

Ana María Roca Cuesta

Juez

Juzgado De Circuito

Civil

Ubaté - Cundinamarca

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: e9b4fc6a51947ca8fd89208a9ed4c1ca2d3b5775df406669e7165afafe2ba030

Documento generado en 24/09/2024 02:47:55 PM

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