

Señores,
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI – SALA LABORAL
sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co
Magistrado Ponente: **FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA**
E. S. D.

Proceso: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA.
Demandante: LUZ MARY CHACON REBELLON
Demandado: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
Integrados Litis: LADY ESPERANZA HERNÁNDEZ Y OTROS
Radicación: 76001 31 05 013 2017 00209 01

Asunto: MEMORIAL – APORTA RESPUESTA REQUERIMIENTO

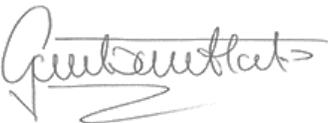
GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado de **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**, en el proceso de la referencia, mediante la presente, allego al despacho los documentos requeridos mediante Auto del 07 de junio de 2024, en el cual se requirió a mi representada allegar lo siguiente:

*“**SEGUNDO: OFICIAR** por **SECRETARÍA** a Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. - ARL para que, en el término de tres (3) días, allegue la carpeta administrativa del causante, señor Luis Alberto Rengifo Flórez quien se identificaba con la cédula de ciudadanía No 10.542.280 de Popayán, incorporando los documentos que aportó el señor Luis Alberto Rengifo Velasco para hacerse beneficiario de la pensión de sobrevivientes reconocida a través de oficio del 11 de abril de 2017. Asimismo, deberá certificar si el señor Luis Alberto Rengifo Velasco actualmente se encuentra percibiendo dicha prestación y en caso positivo la cuantía de la misma”*

ANEXOS

1. Carpeta administrativa del causante Luis Alberto Rengifo Flórez.
2. Copia de los documentos aportados por el señor Luis Alberto Rengifo Velasco para la reclamación de la pensión de sobrevivientes.
3. Certificación de pensión emitida por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. con fecha 13 de junio de 2024, en la que se indica (i) la modalidad de pensión, (ii) la fecha en la cual el señor Luis Alberto Rengifo Velasco se encuentra percibiendo dicha prestación y (iii) la cuantía mensual de la misma.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. No. 39.116 del C.S. de la Judicatura.

1 ASESORADO
~~51763556~~
 51765480

Bogotá, 11 de abril de 2017

Señora:
 JAILITA VELASCO
 Cra. 39 No. 48 - 61 Barrio Retiro
 Tel: 3177304154
 Cali / Valle
 Ciudad

MAPFRE | ARL
 DEVOLVER COPIA
 FIRMADA A.R.L

Jailita Velasco
 31831612
 21-4-2017

Referencia: Resolución de Pensión Sobrevivencia

Asegurado : LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ
Cedula : 10.542.280
Siniestro : 150157011600262

Respetados Señores,

Cordialmente le informamos que una vez revisada la documentación del reclamo de la referencia, es grato para nuestra Compañía atender favorablemente la solicitud de pago de la suma para financiar el pago de la mesada pensional de SOBREVIVENCIA a quienes han sido reconocidos como beneficiarios del afiliado LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ, relacionado en el siguiente cuadro:

Nombre	Identificación	Calidad	Fecha de Nacimiento
LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO	CC 1130605526	HIJO	20/12/1985

Por lo anterior, a continuación, relacionamos los conceptos tenidos en cuenta al momento de efectuar la liquidación:

Fecha de Nacimiento : 19 de Agosto de 1962
 Fecha de Siniestro : 29 de Febrero de 2016
 IBL Actualizado : \$ 957.429
 Factor de Pensión : 75%
 Mesada Pensional : \$ 737.717
 Porcentaje de PCL : No Aplica
 Entidad Calificadora : No Aplica
 Fecha de Calificación : No Aplica
 Numero de mesadas al año : 13

De acuerdo con su solicitud el valor del retroactivo y la mesada pensional serán acreditadas por transferencia electrónica a la cuenta informada por ustedes.

Para el año 2017 el monto de la mesada pensional es de **\$737.717**

El valor Proporcional de la Pensión es de 50% (Hijo) Luis Alberto Rengifo Velasco beneficiario de **\$368.859**.

Nota: El 50% restante se encuentra en investigación de posibles reclamantes.

Finalmente señalamos que esta entidad los días 20 de cada mes procederá a realizar las consignaciones de las futuras mesadas pensionales.

Cordialmente,



SANDY ASTRID GUZMAN RIVEROS
Prestaciones Económicas ARL
MAPFRE COLMOBIA VIDA SEGUROS.S.A.
Av. Carrera 70 No. 99 - 72



NUMERO DE SINIESTRO	150157011600262
TIPO DE SINIESTRO	PSO
DEPENDENCIA	NO
FECHA DE CALCULO	10/04/2017
IBC	
Fecha de Nacimiento	19/08/1962
Fecha Siniestro	29/02/2016
PCL	
IBL	957.429
MESADA 2017	737.717
IPP	
CAUSA SINIESTRO	ACCIDENTE DE TRABAJO
FACTOR DE PENSION	75% ✓

ENTIDAD CALIFICADORA		NO APLICA
FECHA DE CALIFICACION		NO APLICA
2017	737.717	2.213.151
2016	689.455	7.606.987
2015	644.350	
2014	616.000	
2013	601.842	
2012	587.507	
2011	566.381	
RETROACTIVO		\$ 9.820.138 ✓
INCAPACIDADES VR. A RECONOCER NETO		\$ 9.820.138 ✓

OK
11-05-17

[1] AC700002 CONSULTA EXPEDIENTES.: 1.8 : 5 MAPFRE COLOMBIA VIDA

Nº Siniestro	150157011600262	Referencia		Tipo Expediente		Hora Afectado	
Estado	Activo	Apertura	02/03/2016	Tramitador			
N Liquidación	53071717883	Total Liquidación	9.820.380,00	Iva	0,00	Moneda	COP
				Estado	PENDIENTE	F. Liquidación	11-05-2017
						Qt Rechazada	
Total de la Liquidación							
Beneficiario	CARRASQUILLA, JUAN CARLOS						
Generador	CARRASQUILLA, JUAN CARLOS						
Datos del Pago	Cuenta Contable			Fecha Radicación		Última Act.	
	53071717883			11/05/2017		11/05/2017	
	Pago de Consejo			Fecha Legaliza		Usuario	
	COP			11/05/2017			
	Neto a Conseguir			Moneda Pago			
	9.820.380,00			COP			
	Documento			Moneda			
	00000000000000000000			COP			
	Deducible			Iva Retención			
	0,00			0,00			
Observaciones							

SACULIZMA 10.192.326.csa.csa

No. Jo 3777557

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Cali, 06 de abril de 2017

*Rendiente Pajo
Retroactivo*

HACEMOS CONSTAR:

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el Señor(a) **LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° **1130605526** a la fecha de expedición de ésta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de Apertura	Estado- Saldo
Cuenta de Ahorros	0 60-750868-21	2017/04/06	ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 5540505 de Cali o en nuestras sucursales de todo el país.

Atentamente

[Handwritten Signature]
BANCOLOMBIA
 Cali - Of. 050 Cali
 Asesoría Integral II
 Código de Servicios No 152

9.820.728

Dalia Fernanda Bermudez
Asesora Integral II

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

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

VIGILADO POR SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.130.605.526**

RENGIFO VELASCO
APELLIDOS

LUIS ALBERTO
NOMBRES

Luis Alberto Rengifo Velasco
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1985**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

28-MAY-2004 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-3100100-66130981-M-1130605526-20041026

0405004300A 02 168954892

Fecha: Ciudad: Departamento:

1. Información del Afiliado *datos del señor Luis*

Tipo de Documento: CC TI CE Documento de identidad: Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F Estado Civil:

Apellidos: Nombres:
Dirección de Residencia: Ciudad: Teléfono:
Correo Electrónico: Número de Celular:

2. Información del Fallecimiento

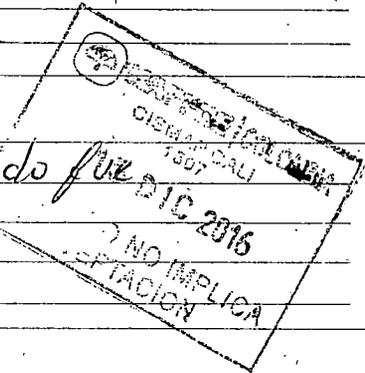
Fecha de Muerte: Hora: Lugar de ocurrencia: Ciudad:

Actividad que se estaba ejecutando al momento del fallecimiento:

Escorta para usuario de coca cola en DelepaZ entre calle 174 con cruce 25B Esquina

Descripción de los hechos:

Desempeñaba su función de Escorta cuando fue abalanzado por maleantes que lo quitaron del lugar llevándose el arma de dotación. Trabajaba en seguridad Andina del Valle



2. Información del Solicitante: *Jailita*

Tipo de Documento: CC TI CE Numero: Fecha de nacimiento:
Edad: Sexo: M F Parentesco con el Afiliado:

Apellidos: Nombres:
Dirección de Residencia: Ciudad: Teléfono:
Correo Electrónico: Número de Celular:

Autorizo a MAPFRE ARL para que los extractos y las comunicaciones del tramite de la pensión, me sean enviadas a la dirección de correo electrónico registrado, ()

Solicita en nombre: Propio Tutor Curador Apoderado

4. Beneficiarios de Pensión:

Hijo

Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento AA MM DDD	Posee Ingresos?		Dependencia Económica?		Beneficiario Invalído?		Tiempo de Convivencia	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	Desde AA MM DD	Hasta AA MM DD
Guis Alberto Rensif Velasco	Hijo	851220	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	25-12-20	251299
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

5. Información Bancaria:

En el evento en que no se cumplan los requisitos para acceder a la pensión solicitada, esta Administradora realizara si así procede, la objeción de la prestación, Es importante aclarar que el(los) beneficiario(s) debe(n) se el(los) titular(es) de la(s) cuenta(s) bancaria(s). Por lo anterior, solicitamos nos proporcione(n) la siguiente información:

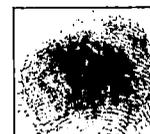
Nombres y Apellidos	No. Cedula	No. Cuenta Bancaria	Tipo de Cuenta	Entidad Bancaria
Sailita Velasco	31831612	06069576603	Chorras	Bancolombia

6. Declaración del Solicitante:

nombre de Sailita

Yo Sailita Velasco identificado con la C.C. 31831612 de Calí en la ciudad de Calí hoy, 76 de Diciembre de 2016 en calidad de reclamante, bajo la gravedad de juramento, siendo conocedor de los dispuesto por los artículos 289, 291, 293 y 442 del código penal Colombiano, manifiesto que la información contenida y que he declarado ante MAPFRE COLOMBIA es totalmente cierta, verídica, susceptible de verificación en cualquier momento por parte de la aseguradora para el reconocimiento de la suma adicional que financiara la pensión que aquí reclamo, al tiempo que no he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la pensión que estoy solicitando. Así mismo, informo que conozco de la existencia de los beneficiarios que aquí he informado y que no conozco sobre la existencia real o potencial de otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que me asiste. En consecuencia, en el evento que existan otros beneficiarios o en caso que tenga noticia de su existencia, lo informare en forma inmediata a MAPFRE, autorizando a MAPFRE a suspender el pago de mi mesada pensional y a ponerla a disposición de un Juez Laboral competente el pago de las mesadas pensionales mientras el conflicto de beneficiarios sea resuelto, y que me comprometo a satisfacer los pagos de mesada pensional que haya recibido en caso de declararse judicial o extrajudicialmente que no me asistía derecho a recibir el pago de mesadas pensionales, exonerando de toda responsabilidad a MAPFRE COLOMBIA. Así mismo me comprometo a informar a MAPFRE cualquier cambio de dirección y de teléfono que tenga. Finalmente declaro que no he recibido ninguna pensión reconocida por el Sistema General de Pensiones y que no estoy reclamando ninguna pensión con cargo a los aportes efectuados en este mismo sistema.

Sailita Velasco
 Firma
 Nombre: Sailita Velasco
 CC: 31831612



Huella

Nombre Afiliado: <i>Suis Alberto Rentifo Florez</i>		No. De Documento: <i>10542280</i>
Oficina:	No Anexos:	Fecha de Solicitud: Año Mes Día <i>2016 11 16</i>
Ciudad: <i>cali</i>	Departamento: <i>de valle</i>	

Nombre del Reclamante: <i>Sailita de las e</i>		Teléfono Fijo: <i>4361162</i>
Celular: <i>3177304154</i>	E-mail:	
Dirección de Correspondencia: <i>@394861</i>		Ciudad: <i>cali</i>

Nota importante! Señor solicitante, cuando reúna la totalidad de los documentos relacionados, debe hacerlos llegar a la dirección Avenida Carrera 70 # 99 – 72 en la ciudad de Bogotá.

I. DOCUMENTOS DEL AFILIADO	Papeles Entregados
<i>10542280</i> Solicitud de Pensión de Supervivencia- (Formato Mapfre)	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938. <i>autenticada.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia auténtica del registro civil de defunción	<input checked="" type="checkbox"/>

RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACION
15 DIC 2016
CISTAR DE CALI

II. DOCUMENTOS CÓNYUGUE /COMPAÑERO(A) PERMANENTE	
Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Copia autentica del folio del registro civil de matrimonio..Máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938.	<input type="checkbox"/>
Declaración extrajuicio juramentadas rendidas por dos (2) testigos diferentes a familiares, en la que se informe el tiempo de convivencia del afiliado con el cónyuge y/o compañero permanente y el conocimiento de otros herederos o beneficiarios	<input type="checkbox"/>

III. DOCUMENTOS DE LOS HIJOS
7.130.605526

Fotocopia del documento de identidad	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del registro civil de nacimiento con anotación marginal donde se designe tutor o curador a falta de los padres: Máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia autenticada del documento de identidad del Representante Legal o del Curador/Tutor del menor	<input type="checkbox"/>
Para hijos de 18 a 25 años: Certificación de estudios, expedido por el establecimiento educativo	<input type="checkbox"/>
Para hijos inválidos: Fotocopia autenticada del dictamen de la EPS o Junta Regional o Nacional que otorgo la calidad de inválido	<input checked="" type="checkbox"/>

IV. DOCUMENTOS DE LOS PADRES
Si el afiliado es soltero, sin conyugue o compañera(o) permanente ni hijos

Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938.	<input type="checkbox"/>
Dos declaraciones extrajudio de testigos sobre su conocimiento en relación con el estado civil del afiliado, sobre el conocimiento de la existencia de otros beneficiarios y sobre la dependencia económica de los padres con respecto al hijo.	<input type="checkbox"/>

V. DOCUMENTOS DE LOS HERMANOS INVÁLIDOS
Si el afiliado es soltero, sin conyugue o compañera(o) permanente ni hijos, ni padres

Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento. Máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.	<input type="checkbox"/>
Fotocopia autenticada del dictamen de la EPS o Junta Regional o Nacional que otorgo la calidad de inválido.	<input type="checkbox"/>
Dos declaraciones extrajudio de testigos sobre su conocimiento en relación con el estado civil del afiliado, sobre el conocimiento de la existencia de otros beneficiarios y sobre la dependencia económica del hermano con respecto al afiliado.	<input type="checkbox"/>

Prestaciones Económicas
MAPFRE ARL

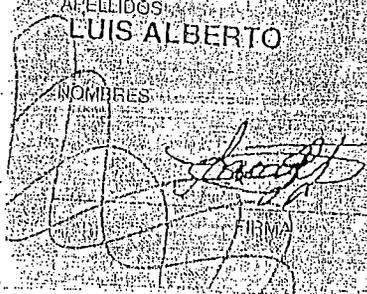
Es importante que usted tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo, por lo cual, debe abstenerse de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Por favor denuncie cualquier evento irregular mediante comunicación escrita y envíelo a la Cra. 14 No. 96 - 34 en la ciudad de Bogotá, o al correo electrónico servicioalcliente@mapfre.com.co, o al contact center Mapfre: Si 24 3077026- 3077025 en Bogotá, gratis desde el resto del país al 018000977025.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.542.280
RENGIFO FLOREZ

APELLIDOS
LUIS ALBERTO

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1962

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83

ESTATURA

A+

G.S. RH

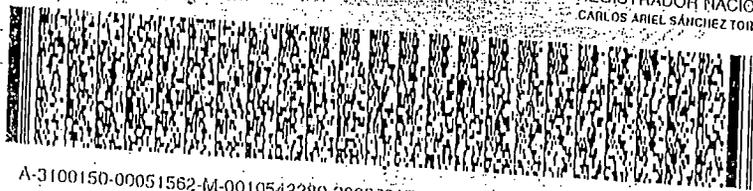
M

SEXO

20-FEB-1981 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00051562-M-0010542280-20080817

0002261392A 1

2870019607



TIMBRE ECLESIASTICO

ARQUIDIOCESIS DE CALI
GOBIERNO ECLESIASTICO

No. 1345644

ARQUIDIOCESIS DE CALI

PARROQUIA DE LA CATEDRAL SAN PEDRO CALI

CALLE 11 NRO. 5 - 39 TEL. 8811378

CALI - VALLE DEL CAUCA (COLOMBIA)

PARTIDA DE BAUTISMO

CERTIFICO QUE EN EL LIBRO 0111 FOLIO 0202 Y NUMERO 00002

SE ENCUENTRA LA SIGUIENTE PARTIDA DE BAUTISMO

RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO

Fecha bautismo: TREINTA DE SEPTIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS

Nombre: RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO

Fecha nacimiento: DIECINUEVE DE AGOSTO DE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS

Lugar nacimiento: SANTIAGO DE CALI (VALLE)

Hijo legítimo de: LUIS ENRIQUE RENGIFO Y CARMENZA FLOREZ

Abuelos paternos: CLEMENTINA RENGIFO

Abuelos maternos: ROSA FLOREZ

Padrinos: SANTIAGO FRANCO ZAPATA E INES VARGAS DE HERNANDEZ

Ministro: PBRO. ALFONSO HURTADO GALVIS

Da fe: PBRO. LISANDRO RODAS RUBRICADO

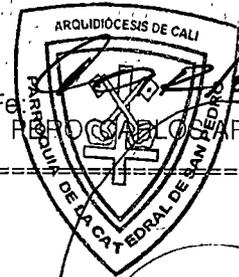
NOTAS MARGINALES

MATRIMONIO

No tiene notas marginales de matrimonio hasta la fecha.

EXPEDIDA EN CALI - VALLE DEL CAUCA (COLOMBIA) A CATORCE DE DICIEMBRE DE DOS MIL DIECISEIS

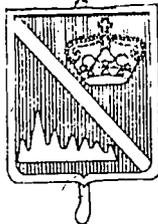
Doy Fe



PBRO. CARLOS ARTURO GIRALDO OSORIO

[Handwritten signature: Carlos Arturo Giraldo Osorio]

SIP

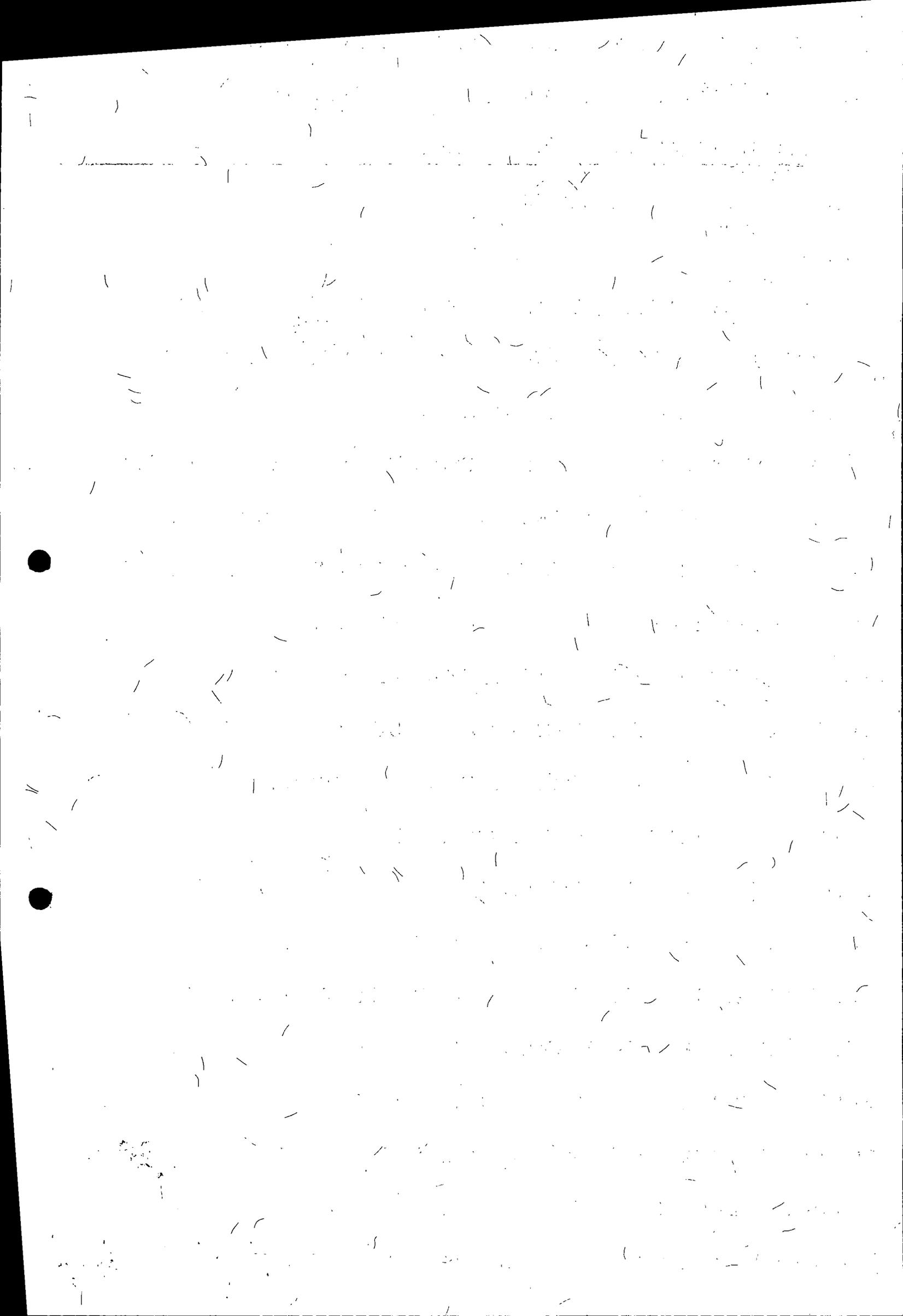


ARQUIDIOCESIS DE CALI
COLOMBIA

SE CERTIFICA QUE LA ANTERIOR
FIRMA ES AUTENTICA

CALI 15 DIC. 2016

ARQUIDIOCESIS DE CALI
Delegado para
Causas de Partidas



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

08936243

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - VALLE - CALI						

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos
RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número) Sexo (en letras)
CC 10.542.280 MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE CALI

Fecha de la defunción Hora Número de certificado de defunción
Año 2018 Mes FEB Día 29 193201607883

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia Fecha de la sentencia
Año Mes Día

Documento presentado Nombre y cargo del funcionario
Autorización Judicial Certificado Médico FISCALIA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos
FERNANDEZ CASTRO OSCAR

Documento de identificación (Clase y número) Firma
CC 94.524.385

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción

Año 2018 Mes MAR Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza
ALFONSO RUIZ RAMIREZ

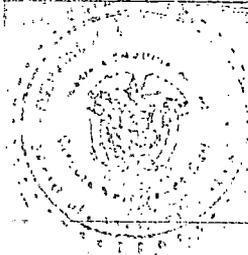
ESPACIO PARA NOTAS
ASENTADO MEDIANTE AUTORIZACIÓN JUDICIAL, ELIZABETH RUIZ, ASISTENTE DE FISCAL II, FISCALIA 19, SECCIONAL, UNIDAD DE ASERCIÓN INMEDIATA, RCS

COPIA DE REGISTRO CIVIL
LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
EXACTAMENTE AL ORIGINAL DEL FOLIO
QUE REPOSA EN ESTA NOTARÍA SE EXPIDE
A SOLICITUD DEL INTERESADO Y ES VALIDO
PARA PROBAR PARENTESCO (D.278/72 Art.10.)
NOTARÍA ONCE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

* 0 8 9 3 6 2 4 3

EN BLANCO
NOTARIA ONCE
CALI



ENERO	01	FEBRERO	02	MARZO	03	ABRIL	04
MAYO	05	JUNIO	06	JULIO	07	AGOSTO	08
SEPT	09	OCTUBRE	10	NOV	11	DIC	12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro
10399201

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

1 Parte básica	2 Parte compl.
851220	51140

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) Notaría Séptima	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría Cali Valle del Cauca	5 Código 9691
--	---	------------------

SECCION GENERAL

6 Primer apellido Rengifo	7 Segundo apellido Velasco	8 Nombres Luis Alberto
9 Masculino o Femenino Masculino	10 <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
		11 Día 20
		12 Mes Diciembre
		13 Año 1985
14 País Colombia	15 Departamento, Int., o Com. Valle	16 Municipio Cali

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento El Departamental	18 Hora 8:10 p.m.
19 Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.) C. de Nacimiento	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento Lic. de Nacimiento
22 Apellidos (de soltera) Velasco	23 Nombres Tatilita
24 Edad actual 29	
25 Identificación (clase y número) ccf 31831.612 Cali	26 Nacionalidad Colombiana
27 Profesión u oficio Hogar	
28 Apellidos Rengifo Florez	29 Nombres Luis Alberto
30 Edad actual 24	
31 Identificación (clase y número) ccf 10542280 Popayan	32 Nacionalidad Colombiana
33 Profesión u oficio Operario	

34 Identificación (clase y número) Ccf 10542280 Popayan	35 Firma (autógrafa) <i>Luis Alberto</i>
36 Dirección postal y municipio Kra 46 B + 45 (B) - 30, mariano R	37 Nombre Luis Alberto
38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre:
42 Identificación (clase y número)	43 Firma (autógrafa)
44 Domicilio (Municipio)	45 Nombre:

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

46 Día 3	47 Mes Febrero	48 Año 1986
-------------	-------------------	----------------

NOTARIA SEPTIMA
C. Umanh

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta acta como hijo natural, en cuya constancia firmo.

NOTARIA SEPTIMA
O. Livniht
OSVALDO ROBLES CATAÑO
NOTARIO

59

[Handwritten signature]
Firma del padre que hace el reconocimiento

60

Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

61 NOTAS

[Faint handwritten notes in the NOTAS section]

NOTARIA SEPTIMA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

QUE EL PRESENTE ACTA SE CONSERVA EN COPIA EN SU OFICINA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, EL DIA 203

10399201

[Handwritten signature]

2010

3

Santiago de Cali, Agosto 29 de 2016

Señores

JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

REF: SOLICITUD DE CALIFICACION D

INVALIDEZ

Yo **JAILITA VELASCO** mayor de edad, con domicilio en Cali - Valle, en la carrera 39 No 48-61, Barrió el Retiro, Teléfono 4361162, identificada con cedula de ciudadanía No. 31.831.61, como tutora de mi hijo **LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO** quien se identifica con C.C. 1.130.605.526 de Cali - Valle en forma respetuosa solicito la calificación de invalidez, para realizar una sustitución pensional ante colpensiones ya que el padre **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ** era quien respondía por el económicamente por él.

El padre falleció en un accidente laboral el día 29 de febrero de 2016.

En espera de una pronta respuesta me despido.

Atentamente,

Jailita Velasco
31831612

Jailita Velasco

C.C. 31.831.612

EJE-16-983

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SALA UNO DE
LA JUNTA REGIONAL DE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE
DEL CAUCA

CERTIFICA:

Declárese en firme el Dictamen N° **1130605526-4326** de fecha 23 de septiembre de 2016 de calificación de Pérdida de Capacidad Laboral del Señor(a) **LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO**, Identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. **1.130.605.526**

Se aclara que este dictamen fue solicitado para trámite administrativo, por lo tanto, se expide la Ejecutoria en los mismos términos.

Que, dentro del término legal, no fue interpuesto recurso alguno por las partes, en contra del dictamen proferido; quedando en firme la decisión adoptada.

Se firma la presente certificación, a los 04 días del mes de octubre de 2016.



JULIETA BARCO LLANOS

Directora Administrativa y Financiera Sala No. 2

COPIA: **LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO**, CARRERA 30 # 14-36 APART 301 BLOQUE E
UNIDAD RESIDENCIAL SEBASTIAN DE BELALCAZAR BARRIO CRISTOBAL COLON

EPS COOSALUD: CRA 41 # 5C-58 Cali-Valle

EXPEDIENTE - CONSECUTIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.831.612

VELASCO

APELLIDOS

JAILITA

NOMBRES



Jailita Velasco

FIRMA



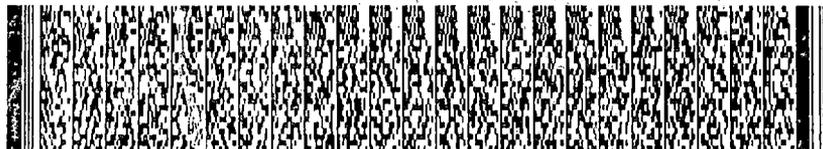
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1955
LA SIERRA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO
25-OCT-1977 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-0040487; -F-0031831612-20121012 0031396368A 1 2792056538



FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

Fecha de la Solicitud:

DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE

Nombre de la Entidad Remitente:

Tipo de Entidad:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Número de Folios:

Se adjuntan los siguientes documentos anexos:

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA

Apellidos: Pengifo Velasco

Nombres: Luis Alberto

Tipo de Documento de Identidad: 1130605526

Número:

Expedido en: Cali

Fecha de Nacimiento: 20 de diciembre 1985

Edad: 30 años

Género: M

Dirección: Carrera 39 No. 48-61

Ciudad: Cali

Teléfono Fijo:

Celular:

Estado Civil: Casado(a) () Soltero(a) () Unión Libre () Viudo(a) () Separado(a) ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Universidad () Analfabeta () Otro ()

Tipo de Vinculación al sistema:

Especifique:

DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA (ACTUAL)

Nombre de la Empresa:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Actividad Económica de la Empresa:

Cargo Actual:

MOTIVO DE REMISION

1		CALIFICACION DEL GRADO DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
2	<input checked="" type="checkbox"/>	CALIFICACION DE LA INVALIDEZ
3		CALIFICACION DEL ORIGEN
4		REVISION DE LA CALIFICACION
5		OTRO - ESPECIFIQUE:

VINCULACIONES

JUNTA REG. CALIFICACION
INVALIDEZ VALL DEL
CAUCA

Entidad de seguridad o previsión social a que está afiliado actualmente

EPS: Coop Salud

ARL: Ninguna

FONDO DE PENSIONES: Ninguna

Desvinculado laboralmente desde:



CONSTANCIA

Dejo constancia de que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta por el mismo motivo o causa.

RESPONSABLE DE LA REMISION

Nombre y apellidos:

Documento de Identidad:

Cargo:



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
 INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
 NIT. 805012111-1



NOTIFICACION PERSONAL

Se notifica personalmente del dictamen de calificación No. 1130605526-4326, emitido en audiencia privada el día **23 de septiembre de 2016** a él (la) Sr (Sra.) Fuis Alberto Panguito Velasco identificado con cedula de ciudadanía No. 1.130605526 Para lo cual le hago entrega del mismo y se le informa que contra esta decisión **NO** precede recurso alguno, de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del Artículo 1 del Decreto 1352 de 2013.

Se firma la presente notificación hoy 23 de septiembre de 2016.

Fuis Alberto Panguito V.

NOTIFICADO
 C.C. 1.130 605 526.

*Certificado de
 ejecución*



**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

1. Información general del dictamen pericial

Fecha de dictamen: 23/09/2016 Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014) N° Dictamen: 1130605526 - 4326
Instancia actual: No aplica
Solicitante: Nombre solicitante: PARTICULAR Identificación: NIT
Teléfono: Ciudad: Dirección:
Correo electrónico:

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2 Identificación: 805.012.111-1 Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020 Correo electrónico: jrcivalle@emcali.net.co Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO Identificación: CC - 1130605526 - CALI Dirección: CARRERA 39 # 48-61 BARRIO EL RETIRO
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca Teléfonos: - 3184642485 Fecha nacimiento: 20/12/1985
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca Edad: 30 año(s) 9 mes(es) Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Estado civil: Soltero Escolaridad: Básica primaria
Correo electrónico: Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante) EPS: Coosalud EPS
AFP: ARL: Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

Información ocupacional

Persona económicamente no activa

Observaciones:

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- Formulario de solicitud de dictamen diligenciado.
- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.





**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar.
- Comprobante pago de honorarios

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Solicitud PARTICULAR para calificación de PCL. "para realizar la sustitución pensional ante Colpensiones ya que el padre Luis Alberto Rengifo Flórez era quien respondía por él, económicamente."

Diagnostico (s) actual (es) motivo de calificación: (F799) RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO, (H903) HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, (H358) OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA IZQUIERDA

Antecedentes laborales:
NO APLICA

Datos Personales:
Edad: 30 AÑOS
Género: MASCULINO

Paciente de 30 años, que según historia presenta retardo mental moderado producto de una meningitis que le dio a los 3 años de edad, quedando como secuelas debilidad en miembros inferiores, problemas auditivos,

Resumen de información clínica más reciente:

Registro civil de defunción: 29/02/2016

Audiometría 18/04/2016: "OD: audición normal de 250HZ a 1000 HZ, con descenso neurosensorial de grado leve a moderado de 1500 a 8000 HZ. PTP: 25Db. OI: audición normal de 250 HZ a 100HZ, con descenso neurosensorial de grado leve a severo de 1500 a 8000 HZ. PTP: 28Db.

FECHA			OIDO DERECHO				OIDO IZQUIERDO			
			500	1	2	3	500	1	2	3
18	04	2016	10	20	45	50	10	15	60	70

OD:85 - OI: 155

Conceptos médicos

Fecha: 07/05/2016 Especialidad: Otorrinolaringología

Resumen:

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2

Calificado: LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO

Dictamen: 1130605526 - 4326



ES PIEL COPIA DEL ORIGINAL

Página 2 de 7

DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA



Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 15/09/2016 **Especialidad:** MEDICO PONENTE

SE EXPLICA SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE LEE Y ACEPTA. FIRMA Y SE TOMA HUELLA DACTILAR.

AL EXAMEN FISICO: Ambulatorio, orientado en TLP, Amas de cuatro extremidades normal, evidente retardo cognitivo, con dificultad en la expresión oral, disminución de agudeza visual bilateral.

Fecha: 19/09/2016 **Especialidad:** TERAPEUTA OCUPACIONAL

Paciente de 30 años con antecedente de retraso mental, hipoacusia neurosensorial, bilateral trastornos especificados de la retina semindependiente en ABC-AVD, orientado, ingresa sin ayudas ni aditamentos, en compañía de la tía, presenta alteración cognitiva, del comportamiento, del sentido de la visión y de la audición, participa activamente durante la consulta, con buena presentación personal, dificultad para participar en actividades deportivas y actividades sociales. Estado civil soltero, vive en compañía de su madre.

Rol Ocupacional:

Refiere que nunca ha laborado, permanece en casa, le colabora a su madre en negocio de venta de arepas. Escolaridad: Quinto de primaria.

Fuadamentos de derecho:

Manual Único De Calificación De Invalidez - Decreto 1507 De 2014.

Para el caso que nos ocupa debe tenerse en cuenta que de acuerdo al capítulo preliminar numeral 3 principios de ponderación.

3. Principios de ponderación. Para efectos de calificación, el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, se distribuye porcentualmente de la siguiente manera: El rango de calificación oscila entre un mínimo de cero por ciento (0%) y un máximo de cien por ciento (100%), correspondiendo, cincuenta por ciento (50%) al Título Primero (Valoración de las deficiencias) y cincuenta por ciento (50%) al Título Segundo (Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales) del Anexo Técnico.

Tabla 1. Ponderación usada en el Anexo Técnico del Manual

Ponderación

Título Primero. Valoración de las deficiencias 50%

Título Segundo. Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales 50%

Cálculo del Valor Final de la Deficiencia: El valor final de la deficiencia Será el valor obtenido por la secuela calificable de cada una de las patologías de la persona; si tiene varias secuelas calificables de diferentes capítulos, estas se combinan mediante la fórmula de valores combinados. Una vez combinadas todas, la deficiencia del resultado final se debe ponderar al cincuenta por ciento (50%), es decir se debe multiplicar por cero coma cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero coma cinco (0,5) obteniendo como resultado o Valor Final de la Deficiencia, cuarenta por ciento (40%).

El valor de la pérdida de capacidad ocupacional para niños, niñas (mayores de 3 años) y adolescentes será: valor final de la deficiencia + valor final del Título Segundo Pérdida de Capacidad Ocupacional = (mayores de 3 años.) + Valor Final de la Título Primero (ponderado al 50%) + Valor Final del Título Segundo bebés, niños, niñas (mayores de 3 años)

Otros Fundamentos De Derecho

Otros fundamentos de derecho que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993, Artículo 42 crea las Juntas de Calificación.
- Decreto Ley 19/2012 Art.142 que modifico el Artículo 41 de la Ley 100 de 1993
- Ley 776 de 2002, reglamenta el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)





**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



“DX: hipoacusia neurosensorial bilateral. Trae resultado de potenciales evocados auditivos 16/04/2016: lesión endococlear bilateral. Audiometría 16/04: hipoacusia neurosensorial leve bilateral PTA 25DB OD y 28DB OI con caída bilateral en agudo severa logo audiometría concordante con discriminación del 100% bilateral a 50DB. Impedanciometria curva tipo a bilateral. Observación: buen estado general, otoscopia izquierda: membrana integra, cono luminoso sin alteraciones, neumatoscopia ok. Otoscopia derecha: membrana integra, cono luminoso sin alteraciones, neumatoscopia ok. Rinoscopia anterior. Septo central, cornetes inferiores eutróficos, mucosa sana.”

Fecha: 09/08/2016 Especialidad: Oftalmología

Resumen:

“Paciente con marcado deterioro visual. Agudeza visual: OD: SC- sin 20/200, SC-sin corrección OI: 20/200. AO: retina adherida, vasos atenuados, nervio pálido, alteraciones pigmentarias generalizadas. IDX: retinitis pigmentosa AO asociada a sordera (Síndrome de Usher).”

Pruebas específicas

Fecha: Nombre de la prueba: Evaluación neuropsicológica (no fechada):
Resumen:

“Wais III – escala Wechsler de inteligencia para adultos. Escala total 44, muy bajo. Conclusiones: en general se observa un rendimiento muy bajo en las actividades presentadas, lo cual se refleja en las puntuaciones finales obtenidas, lo anterior permite identificar dificultades a nivel neuropsicológico en el paciente, lo cual indica que Luis tiene un deficiencia intelectual que puede ser debido a la enfermedad de meningitis adquirida durante la infancia, que además pudo haber afectado sus sentidos de visión y audición, lo cual limita su desempeño en tareas cotidianas y le impide desempeñar trabajos y actividades académicas de forma normal.”

Fecha: 18/04/2016 Nombre de la prueba: Audiometría

Resumen:

“OD: audición normal de 250HZ a 1000 HZ, con descenso neurosensorial de grado leve a moderado de 1500 a 8000 HZ. PTP: 25Db. OI: audición normal de 250 HZ a 100HZ, con descenso neurosensorial de grado leve a severo de 1500 a 8000 HZ. PTP: 28Db.”

Fecha: 16/05/2016 Nombre de la prueba: Angiografía fluoresceínica

Resumen:

“Impresión diagnóstica: trastornos atróficos difusos del epitelio pigmentario con signos de vasculitis, se debe investigar un proceso inflamatorio, investigar etiologías reumatológicas que generen vasculitis AO.”

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Finalizado

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2

Calificado: LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO

Dictamen: 1130605526 - 4326



ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
 INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
 NIT. 805012111-1



Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar

85,60%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

100

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5

42,80%

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Valoración del rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y de esparcimiento en adultos y adultos mayores

25

ESPACIO EN BLANCO

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2

Calificado: LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO

Dictamen: 1130605526 - 4326



ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



- Ley 1562 de 2012 Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
- Decreto 1352 de 26 de junio de 2013 por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones.
- Decreto único 1072 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo
- Resolución 3745 de 2015 Por la cual se adoptan los formatos de dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Análisis y conclusiones:

La Sala dos (2) Junta Regional de Calificación de invalidez del Valle, con base en los fundamentos de hecho y derecho expuestos anteriormente y teniendo en cuenta que una vez revisada la documentación aportada en la carpeta y la valoración practicada, analiza la calificación de deficiencias, la del rol laboral y otras áreas ocupacionales:

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la perdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
H903	Hipoacusia neurosensorial, bilateral	BILATERAL	Enfermedad común
H358	Otros trastornos especificados de la retina	OJO IZQUIERDO	Enfermedad común
F799	Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento de grado no especificado		Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL	9	9.1	NA	NA	NA	NA	4,00%		4,00%

Valor combinado 4,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por agudeza visual	11	11.1	NA	NA	NA	NA	50,00%		50,00%

Valor combinado 50,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por discapacidad intelectual (Eje II)	13	13.6	NA	NA	NA	NA	70,00%		70,00%

Valor combinado 70,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 9. Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular.	4,00%
Capítulo 11. Deficiencias por alteraciones del sistema visual.	50,00%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	70,00%

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2

Calificado: LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO

Dictamen: 1130605526 - 4326



ES PIEL COPIA DEL ORIGINAL

DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Cali, 14 de diciembre 2016

Señor(a):
JAILITA VELASCO

Cordial saludo

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Al adquirir la cuenta de ahorros **06069576603** que se encuentra activa en el Plan Óptimo, usted tiene la posibilidad de:

- Acceder a una amplia red de sucursales, cajeros automáticos y puntos de Bancolombia a la Mano Corresponsal Bancario en todo el país para hacer sus transacciones.
- Para hacer sus compras no será necesario retirar su dinero del cajero automático, ya que puede realizarlas pagando con su tarjeta débito en una gran variedad de establecimientos en todo el país sin ningún costo adicional.
- Disfrutar de descuentos en establecimientos de comercio con el programa Días de Beneficios pagando con su tarjeta débito, los cuales puede conocer en www.bancolombia.com.co/masbeneficios.
- Consultar trimestralmente el extracto de su cuenta en la Sucursal Virtual Bancolombia.
- Realizar transferencias sin costo a cuentas Bancolombia a través de su teléfono celular (Banca Móvil o Bancolombia App), Sucursal Virtual, cajeros automáticos Bancolombia o PAC electrónico.
- Realizar pagos de facturas desde la Sucursal Virtual, Banca Móvil o Bancolombia App.
- Inscribirse sin costo al servicio de débito automático para pago de créditos personales, CrediAgil, seguros, tarjeta de crédito, colegios, servicios públicos, aportes a Plan Semilla, entre otros.

Para mayor información sobre tarifas vigentes ingrese a www.bancolombia.com/tarifas.

Características de su cuenta de ahorros:

Cuota de manejo mensual tarjeta débito ²	\$5.300	Costo retiro adicional por cajero ¹	\$2.600
Número de retiros por cajero Bancolombia gratis al mes.....	4	Costo retiro adicional en sucursales ¹	\$6.050
Número de retiros gratis Bancolombia a la mano CB.....	4	Costo retiro adicional Bancolombia a la mano CB ¹	\$1.300
Número de retiros en sucursales gratis al mes.....	2	Saldo mínimo de la cuenta.....	\$0
		Retiros exentos de GMF al mes ²	\$10.414.000

¹La cuota de manejo y el costo de los retiros por cajero, corresponsal bancario y sucursal Bancolombia pueden cambiar y son comunicados a los clientes a través de la Sucursal Virtual www.bancolombia.com/tarifas o en las Sucursales Bancolombia.

²GMF: Gravamen a Movimientos Financieros (4 x 1000). El cliente puede tener una cuenta exenta del GMF en el sistema financiero, para tener esta marcación debe solicitarla en una sucursal Bancolombia.

Recomendaciones de Seguridad

- No revele su clave personal, cámbiela frecuentemente y nunca preste su tarjeta.
- Al momento de realizar retiros no permita que nadie vea su clave mientras la digita.
- Ante cualquier inconveniente de hurto, pérdida o retención de su tarjeta en el cajero automático, bloquéela a través de la sucursal telefónica Bancolombia o a través de la Sucursal Virtual.
- Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico, en caso de recibir alguno repórtelo de inmediato a correosospeschosos@bancolombia.com.

Atentamente,
Johana Andrea Castillo

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia

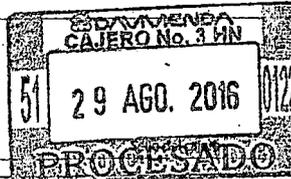
le estamos poniendo el alma

DAVIVIENDA



(92) 02500115197697

FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES



PARA OBLIGACIONES

Nombre del convenio: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Código convenio / No. cuenta: XXXXXXXXXXXX

Referencia 1: XXXXXXXXXXXX Referencia 2: XXXXXXXXXXXX

No. factura	Valor	No. factura	Valor

FORMA DE PAGO/RECAUDO/BRANDEO

Efectivo Cheque Cuenta de Ahorro Cuenta Corriente Tarjeta de Crédito*

CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO

RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES

Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 689.434

No. cheques Total cheque \$ 689.434

Total \$ 689.434

CURSO DE BORNES/ENTREGA

Nombre del beneficiario: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Identificación del beneficiario: XXXXXXXXXXXX Valor a cobrar \$ XXXXXXXXXX

CARGO DE PLANILLA

Planilla asistida Pin único

Número planilla / Pin único: XXXXXXXXXXXX Período liquidado (AAAA/MM): XXXX/XX

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

Nombre y apellidos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Teléfono: XXXXXXXXXXXX Ciudad: XXXXXXXXXXXX

Documento identidad: DCC DCE DDI DNI No. documento: XXXXXXXXXXXX Firma de quien realiza la transacción: XXXXXXXXXXXX Huella: XXXXXXXXXXXX

Si Davivienda S.A. presta bajo la custodia responsabilidad de custodia Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume responsabilidad alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el Banco Davivienda acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. * Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a prenda contratación y autorización de la empresa rectora. Comprobante válido con el sello del cajero

- CLIENTE -



ARQUIDIÓCESIS DE CALI

NIT: 890304049-5 - REGIMEN COMUN
 Dirección: Carrera 4 No.7 - 17
 TEL: 890562 FAX: 8818767
 Correo electrónico: arquicali@arquidiocesiscali.org
 CALI - COLOMBIA

RECIBO DE CAJA

No. 114204

CAJA 0001 - CAJA CURIA

Señor 1100007539 OTROS OTROS		Nit 9999999994	Dirección CALI, TRANSV. 28A NO. 17F-30	Teléfono
Referencia LUIS A. RENGIFO		Via de pago E - EFECTIVO	Número de cheque 0000000000000	Fecha de recibo 15.12.2016
CUENTA	OP. DE CAJA	DESCRIPCIÓN		VALOR
4171010500	29	VTA CONTADO AUTENTICACIONES		6.000
ENTREGADO 1 ^o DIC 2016		ARQUIDIÓCESIS DE CALI CANCELADO RECLAMAR: _____ HORA: 2 pm a 5 pm		
Observaciones:				
Texto Adic. 1: AUTENTICACION				
Documento de Contabilidad: RC 6100069625/2016/1000				
				FIRMA Y SELLO

Elaboró APRADO - Imprimió APRADO - Fecha impresión 15.12.2016 - Hora Impresión 09:20:57 - Mandante 400

CLIENTE

CS-FT-SAF-TE-019/ Creado 01.12.2013

E-722328 PARA: "EFRAIN LEONARDO RICAUR"
 5307 CISMAR PREVISIONALES-CISMAR BOGOTA
 DE: LUZ MARY CHACON REBELLON
 CALI,

MAPFRE S.A.
 12/7/2016 14:52:36
 INTERNO
 5307 CISMAR PREVISIONAL

E-722328

Documentos Requeridos para
 Solicitud de Pensión de Sobrevivientes

Nombre Afiliado: JUIS ALBERTO RANGITO FLORES		No. De Documento: 16.542.280
Oficina:	No Anexos:	Fecha de Solicitud: Año 2016 Mes 07 Día 08
Ciudad:	Departamento:	
Nombre del Reclamante: LUZ MARY CHACON REBELLON		Teléfono Fijo:
Celular: 318 516 36 88	E-mail: maryluzmaron10@gmail.com	
Dirección de Correspondencia: Calle 43 No 5-16		Ciudad: Cali

Nota importante! Señor solicitante, cuando reúna la totalidad de los documentos relacionados, debe hacerlos llegar a la dirección Avenida Carrera 70 # 99 – 72 en la ciudad de Bogotá.

I. DOCUMENTOS DEL AFILIADO	Papeles Entregados
Solicitud de Pensión de Sobrevivencia (Formato Mapfre).	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia de la cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938.	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del registro civil de defunción	<input checked="" type="checkbox"/>

II. DOCUMENTOS CÓNYUGUE /COMPAÑERO(A) PERMANENTE	
Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia autentica del folio del registro civil de matrimonio. Máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938.	<input type="checkbox"/>
Declaración extrajuicio juramentadas rendidas por dos (2) testigos diferentes a familiares, en la que se informe el tiempo de convivencia del afiliado con el cónyuge y/o compañero permanente y el conocimiento de otros herederos o beneficiarios	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha: Ciudad: Departamento:

1. Información del Afiliado

Tipo de Documento: CC TI CE Documento de identidad: Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F Estado Civil:

Apellidos: Nombres:
 Dirección de Residencia: Ciudad: Teléfono:
 Correo Electrónico: Número de Celular:

2. Información del Fallecimiento

Fecha de Muerte: Hora: Lugar de ocurrencia: Ciudad:

Actividad que se estaba ejecutando al momento del fallecimiento:

Descripción de los hechos:

2. Información del Solicitante:

Tipo de Documento: CC TI CE Número: Fecha de nacimiento:
 Edad: Sexo: M F Parentesco con el Afiliado:

Apellidos: Nombres:
 Dirección de Residencia: Ciudad: Teléfono:
 Correo Electrónico: Número de Celular:

Autorizo a MAPFRE ARL para que los extractos y las comunicaciones del tramite de la pensión, me sean enviadas a la dirección de correo electrónico registrado,

Solicita en nombre: Propio Tutor Curador Apoderado

4. Beneficiarios de Pensión:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de	Posee		Dependencia		Beneficiario		Tiempo de Convivencia	
		Nacimiento	Ingresos?		Económica?		Invalido?		Desde	Hasta
		AA MM DDD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	AA MM DD	AA MM DD
Juz Mary Chacon R.	Esposa	55-10-02	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2004-02-02	2013-11-27
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

5. Información Bancaria:

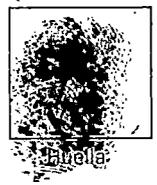
En el evento en que no se cumplan los requisitos para acceder a la pensión solicitada, esta Administradora realizara si así procede, la objeción de la prestación, Es importante aclarar que el(los) beneficiario(s) debe(n) se el(los) titular(es) de la(s) cuenta(s) bancaria(s). Por lo anterior, solicitamos nos proporcione(n) la siguiente información:

Nombres y Apellidos	No. Cedula	No. Cuenta Bancaria	Tipo de Cuenta	Entidad Bancaria
Juz Mary Chacon Rebellon	31846765	51462178224	Ahorros	Bancolombia

6. Declaración del Solicitante:

Yo Juz Mary Chacon Rebellon identificado con la C.C. 31.846.765 de Cali en la ciudad de Cali hoy, 08-07-2016 de Julio de 2016 en calidad de reclamante, bajo la gravedad de juramento, siendo conocedor de los dispuesto por los artículos 289, 291, 293 y 442 del código penal Colombiano, manifiesto que la información contenida y que he declarado ante MAPFRE COLOMBIA es totalmente cierta, verídica, susceptible de verificación en cualquier momento por parte de la aseguradora para el reconocimiento de la suma adicional que financiara la pensión que aquí reclamo, al tiempo que no he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la pensión que estoy solicitando. Así mismo, informo que conozco de la existencia de los beneficiarios que aquí he informado y que no conozco sobre la existencia real o potencial de otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que me asiste. En consecuencia, en el evento que existan otros beneficiarios o en caso que tenga noticia de su existencia, lo informare en forma inmediata a MAPFRE, autorizando a MAPFRE a suspender el pago de mi mesada pensional y a ponerla a disposición de un Juez Laboral competente el pago de las mesadas pensionales mientras el conflicto de beneficiarios sea resuelto, y que me comprometo a satisfacer los pagos de mesada pensional que haya recibido en caso de declararse judicial o extrajudicialmente que no me asista derecho a recibir el pago de mesadas pensionales, exonerando de toda responsabilidad a MAPFRE COLOMBIA. Así mismo me comprometo a informar a MAPFRE cualquier cambio de dirección y de teléfono que tenga. Finalmente declaro que no he recibido ninguna pensión reconocida por el Sistema General de Pensiones y que no estoy reclamando ninguna pensión con cargo a los aportes efectuados en este mismo sistema.

Firma: Juz Mary Chacon R.
 Nombre:
 CC: 31846765 - Cali



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

31846765

NÚMERO

CHACON REBELLON

APÉLLIDOS

LUZ MARY

NOMBRES

Luz Mary Chacon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 02-OCT-1955

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

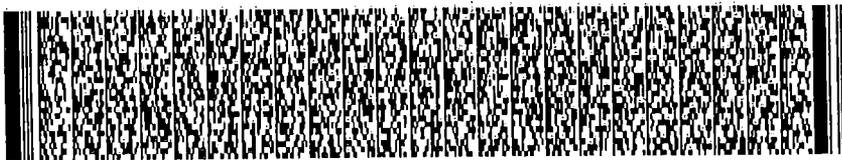
B+
G.S. RH

F
SEXO

15-ENE-1979 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500100-42093061-F-0031846765-20020112

0410502011B 01 112906301

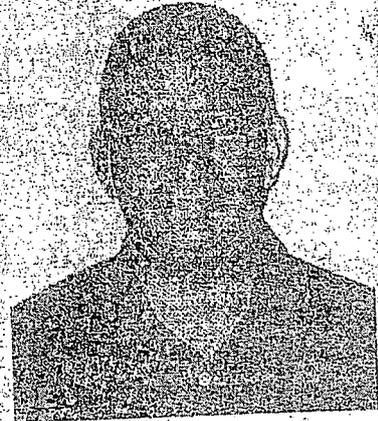
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 10.542.280
RENGIFO FLOREZ

APELLIDOS
LUIS ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1962

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83

ESTATURA

A+

G.S. RH

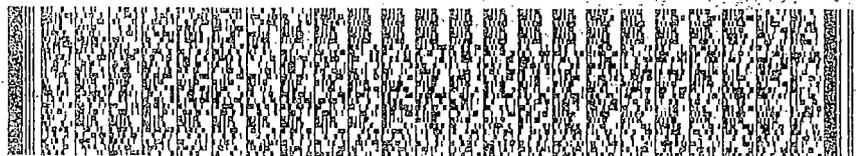
M

SEXO

20-FEB-1981-POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00051562-M-0010542280-20080817

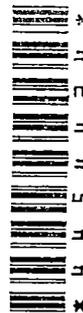
0002261392A 1 2870019607



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo Serial 4454424



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro:

Clase de oficina: Registraduría Notaría Consulado Corregimiento Insp. de Policía Código 7600100021

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del matrimonio

Lugar de celebración: País - Departamento - Municipio
COLOMBIA - VALLE - CALI

Fecha de celebración: Año 2006 Mes MAR Día 31 Clase de matrimonio: Civil Religioso

Documento que acredita el matrimonio: Tipo de documento: Escritura de protocolización Número: 00986 Notaría, juzgado, parroquia, otra: NOTARIA 21 DE CALI

Datos del contrayente

Apellidos y nombres completos: **RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO**

Documento de identificación (Clase y número): **C.C. 10.542.280 DE POPAYAN (CAUCA)**

Datos de la contrayente

Apellidos y nombres completos: **CHACON REBELLON LUZ MARY**

Documento de identificación (Clase y número): **C.C. 31.846.765 DE CALI (VALLE)**

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos: **RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO**

Documento de identificación (Clase y número): **C.C. 10.542.280 DE POPAYAN (CAUCA)**

Firma: *[Firma manuscrita]*

República de Colombia
 Departamento de Valle
 Nombre y firma del Notario autoriza
 Santiago de Cali
 Notaría Veintiuna
LUZ MELBA VIERA DE ANDRADE
 Notario Encargado

Fecha de inscripción

Año 2006 Mes MAR Día 31

CAPITULACIONES MATRIMONIALES

Lugar otorgamiento de la escritura: No. Notaría: No. Escritura: Año: Mes: Día:

HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO

Nombres y apellidos completos	Identificación (Clase y número)	Indicativo serial de nacimiento

PROVIDENCIAS

Tipo de providencia	No. Escritura o Sentencia	Notaría o juzgado	Lugar y fecha	Firma funcionario

ESPACIO PARA NOTAS

Notaría
21
Santiago
de Cali.
NIT: 16.589.986-3

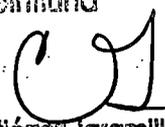
**EL SUSCRITO NOTARIO 21(E) DEL CIRCULO DE SANTIAGO DE CALI
CERTIFICA:**

Que el presente documento es copia autentica del original que reposa en esta Notaría.
En constancia se firma en Santiago de Cali, a 7 JUL 2016

Notario Veintiuno (E) de Santiago de Cali



República de Colombia
Departamento del Valle
Santiago de Cali
Notaría Veintiuna


Carlos Enrique Gutiérrez Jaramillo
Notario Encargado

EN BLANCO
NOTARIA VEINTIUNA DEL CIRCULO DE
SANTIAGO DE CALI

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

08936243

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	1	2	2
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - VALLE - CALI									

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos	
RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
CC 10.542.280	MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA VALLE CALI									
Fecha de la defunción					Hora		Número de certificado de defunción		
Año	2018	Mes	FEB	Día	29		193201607883		
Presunción de muerte									
Juzgado que profiere la sentencia					Fecha de la sentencia				
Documento presentado					Nombre y cargo del funcionario				
Autorización Judicial <input checked="" type="checkbox"/>	Certificado Médico <input type="checkbox"/>				FISCALIA				

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos		Firma
FERNANDEZ CASTRO OSCAR		
Documento de identificación (Clase y número)		Firma
CC 94.524.385		

Primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de identificación (Clase y número)		Firma

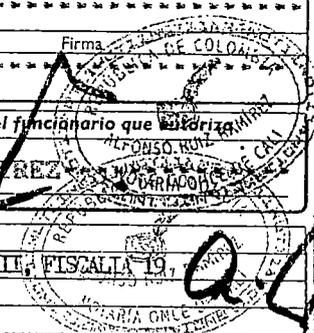
Segundo testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de identificación (Clase y número)		Firma

Fecha de inscripción				Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	2018	Mes	MAR	Día	02
				ALFONSO RUIZ RAMIREZ	

ESPACIO PARA NOTAS

ASENTADO MEDIANTE AUTORIZACION JUDICIAL, ELIZABETH RUIZ, ASISTENTE DE FISCALIA 19, FISCALIA 19 SECCIONAL, UNIDAD DE REACCION INMEDIATA, RCS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA ONCE DE CALI

COPIA REGISTRADA

La presente fotocopia corresponde exactamente al original del folio que reposa en esta Notaría se expide a solicitud del interesado y es valido para probar parentesco. (D. 278/7 Art. 1º)

ALFONSO RUIZ RAMIREZ
Notario Once de Cali

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

EN BLANCO
NOTARIA ONCE
6451

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
31846765

APELLIDOS
CHACON REBELLON

NOMBRES
LUZ MARY

FIRMA
Luz Mary Chacon



INDICE DERECHO.

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1955

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

15-ENE-1979 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500100-42093061-F-0031846765-20020112 0410502011B 01 112906301



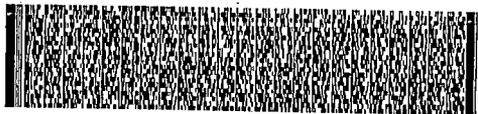
AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



6872

En la ciudad de Cali, Departamento de Valle, República de Colombia, el ocho (08) de marzo de dos mil dieciséis (2016), en la Notaría Dieciséis (16) del Círculo de Cali, compareció:

LUZ MARY CHACON REBELLON, quien exhibió la cédula de ciudadanía / NUIP #0031846765.



Luzy Chacon

----- Firma autógrafa -----

8f9jfy4a2qpu

Conforme al Artículo 18 del Decreto Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado a través de autenticación biométrica, mediante cotejo de su huella dactilar contra la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta acta, forma parte de la declaración extra-proceso DECLARANTE, rendida por el compareciente con destino a USO DEL INTERESADO.

Sonia Escalante Arias



SONIA ESCALANTE ARIAS
Notaria dieciséis (16) del Círculo de Cali

RECIBIDO
2016 MAR 08 10:00 AM
NOTARIA DIECISEIS DE CALI

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.241.348

APELLIDOS CASTRILLON DE RAMIREZ

NOMBRES NEISWER

FIRMA

Neiswer Castillon



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1952

PALMIRA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

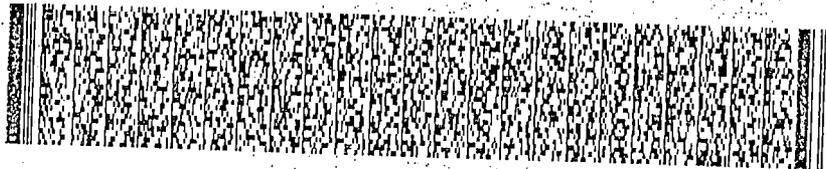
O-
G.S. RH

F
SEXO

26-OCT-1973 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vazquez
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAZQUEZ



A-3100198-65162302-F-0031241348-20071128

0173807332A 03 242646493



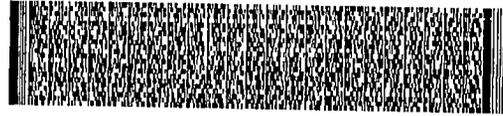
AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



6873

En la ciudad de Cali, Departamento de Valle, República de Colombia, el ocho (08) de marzo de dos mil dieciséis (2016), en la Notaría Dieciséis (16) del Círculo de Cali, compareció:

NEISMER CASTRILLON DE RAMIREZ, quien exhibió la cédula de ciudadanía / NUIP #0031241348.



Neismer Castillon

----- Firma autógrafa -----

5e199yutyu50

Conforme al Artículo 18 del Decreto Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado a través de autenticación biométrica, mediante cotejo de su huella dactilar contra la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta acta, forma parte de la declaración extra-proceso DECLARANTES, rendida por el compareciente con destino a USO DEL INTERESADO.

Sonia Escalante Arias



SONIA ESCALANTE ARIAS
Notaría dieciséis (16) del Círculo de Cali

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31859246

SANCHEZ ZAMORANO

APELLIDOS

FABIOLA

NOMBRES

Fabiola Sanchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1948

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

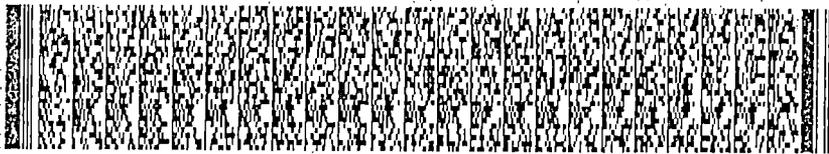
A+
G.S. RH

F
SEXO

27-JUN-1979 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

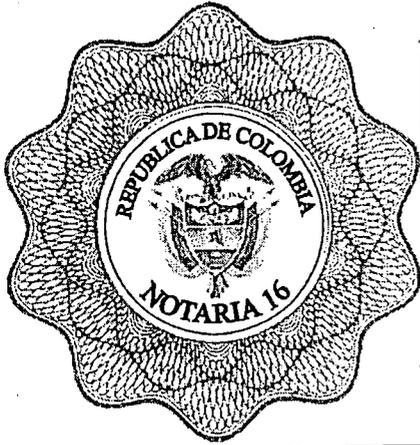


Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-3100100-65083346-F-0031859246-20001023

01247 00297A-02 090617472



ACTA No. R 001566

NOTARIA DIECISEIS DEL CÍRCULO DE CALI. ACTA DE DECLARACION BAJO JURAMENTO PARA FINES EXTRAPROCESALES, DECRETO 1557 DE 14 DE JUNIO DE 1989 ARTICULO 1º, SIN

PERJUICIO DE LO PREVISTO PARA EL EFECTO POR EL ARTICULO 7 DEL DECRETO #19 DEL 10 DE ENERO DE 2012. EN CONCORDANCIA CON EL ART. 442 DEL CÓDIGO PENAL, MODIFICADO POR LA LEY 890 DE 2004, ART.8.

En la ciudad de Santiago de Cali, Capital del Departamento del Valle del Cauca, República de Colombia, a los **OCHO (8)** días del mes de **MARZO**, del año **DOS MIL DIECISEIS (2016)**, siendo las 2:30 P.M., en la sede de la Notaria Dieciséis (16) del Círculo de Santiago de Cali, cuyo cargo como notaria ejerce la Doctora **SONIA ESCALANTE ARIAS**, acudió: **LUZ MARY CHACON REBELLON**, identificado (a) (s) con la (s) cédula (s) de ciudadanía número #31'846.765 de CALI, VALLE DEL CAUCA, mayor (es) de edad, natural (es) de CALI, VALLE DEL CAUCA, domiciliado (a) (s) en la CALLE 43 # 5 - 16, BARRIO LA ESMERALDA, CALI, VALLE DEL CAUCA, de estado civil CASADA, actividad, profesión u oficio, **COMERCIANTE INDEPENDIENTE**, quien manifestó su deseo de declarar bajo juramento en los términos del artículo 1o. del Decreto 1557 del 14 de junio de 1989 y dijo, **PRIMERO:** Que la presente Declaración Extraprocesal versa sobre hechos personales como declarante o de que tengo conocimiento. La presente Declaración tendrá el alcance de las rendidas ante Juez Civil. **SEGUNDO:** Que con el fin de llevar a: **COLPENSIONES.**

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO: QUE EN EL AÑO 2004 COMENCE A CONVIVIR CON LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ, CON C.C.#10'542.280, DE CALI, HASTA EL 30 DE MARZO DE 2006, POR QUE EL 31 DE MARZO NOS CASAMOS POR LO CIVIL Y CONVIVÍ CON ÉL HASTA FINALES DE NOVIEMBRE DE



2013, FECHA EN QUE NOS SEPARAMOS DE HECHO PERO NOS SEGUIAMOS VIENDO HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 2016, FECHA EN LA CUAL MURIÓ. CUALQUIER CAMBIO O MODIFICACIÓN A LA PRESENTE DECLARACIÓN UNA VEZ FIRMADA, GENERA NUEVOS EMOLUMENTOS PARA EL INTERESADO.

DERECHOS NOTARIALES..... \$ 11.500.00
 IVA \$ 1.840.00
 VALOR TOTAL.....\$13.340.00

TESTIGOS:

Neisser Castillon
 NEISMER CASTRILLON DE RAMIREZ.
 C.C.#31'241.348 CALI.



Fabiola Sanchez



FABIOLA SANCHEZ ZAMORANO.
 C.C.#31'859.246 CALI.

LA DECLARANTE:

Luz Mary Chacon
 LUZ MARY CHACON REBELLON.
 C.C. #31'846.765 Cali



SONIA ESCALANTE ARIAS
 NOTARIA DIECISEIS DE CALI

Fecha: Ciudad: Departamento:

1. Información del Afiliado

Tipo de Documento: CC TI CE Documento de identidad: Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F Estado Civil:

Apellidos: Nombres:
Dirección de Residencia: Ciudad: Teléfono:
Correo Electrónico: Número de Celular:

2. Información del Fallecimiento

Fecha de Muerte: Hora: Lugar de ocurrencia: Ciudad:

Actividad que se estaba ejecutando al momento del fallecimiento:

Descripción de los hechos:

2. Información del Solicitante:

Tipo de Documento: CC TI CE Numero: Fecha de nacimiento:
Edad: Sexo: M F Parentesco con el Afiliado:

Apellidos: Nombres:
Dirección de Residencia: Ciudad: Teléfono:
Correo Electrónico: Número de Celular:

Autorizo a MAPFRE ARL para que los extractos y las comunicaciones del tramite de la pensión, me sean enviadas a la dirección de correo electrónico registrado, ()

Solicita en nombre: Propio Tutor Curador Apoderado

4. Beneficiarios de Pensión:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de	Posee		Dependencia		Beneficiario		Tiempo de Convivencia			
		Nacimiento	SI	NO	Económica?	SI	NO	Invalido?	SI	NO	Desde	Hasta
		AA MM DDD									AA MM DD	AA MM DD
Hernández Herera	Compañera	59-08-30	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		010-06-	020016
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

5. Información Bancaria:

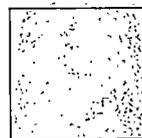
En el evento en que no se cumplan los requisitos para acceder a la pensión solicitada, esta Administradora realizara si así procede, la objeción de la prestación, Es importante aclarar que el(los) beneficiario(s) debe(n) se el(los) titular(es) de la(s) cuenta(s) bancaria(s). Por lo anterior, solicitamos nos proporcione(n) la siguiente información:

Nombres y Apellidos	No. Cedula	Nó. Cuenta Bancaria	Tipo de Cuenta	Entidad Bancaria
Hernandez H LADY ESPERANZA	31.830.087	249339979	Ahorros	Banco Bogota

6. Declaración del Solicitante:

Yo LADY ESPERANZA HERNANDEZ H identificado con la C.C. 31.830.087 de Cali en la ciudad de Cali hoy, 13 de Julio de 2016 en calidad de reclamante, bajo la gravedad de juramento, siendo conocedor de los dispuesto por los artículos 289, 291, 293 y 442 del código penal Colombiano, manifiesto que la información contenida y que he declarado ante MAPFRE COLOMBIA es totalmente cierta, verídica, susceptible de verificación en cualquier momento por parte de la aseguradora para el reconocimiento de la suma adicional que financiara la pensión que aquí reclamo, al tiempo que no he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la pensión que estoy solicitando. Así mismo, informo que conozco de la existencia de los beneficiarios que aquí he informado y que no conozco sobre la existencia real o potencial de otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que me asiste. En consecuencia, en el evento que existan otros beneficiarios o en caso que tenga noticia de su existencia, lo informaré en forma inmediata a MAPFRE, autorizando a MAPFRE a suspender el pago de mi mesada pensional y a ponerla a disposición de un Juez Laboral competente el pago de las mesadas pensionales mientras el conflicto de beneficiarios sea resuelto, y que me comprometo a satisfacer los pagos de mesada pensional que haya recibido en caso de declararse judicial o extrajudicialmente que no me asistía derecho a recibir el pago de mesadas pensionales, exonerando de toda responsabilidad a MAPFRE COLOMBIA. Así mismo me comprometo a informar a MAPFRE cualquier cambio de dirección y de teléfono que tenga. Finalmente declaro que no he recibido ninguna pensión reconocida por el Sistema General de Pensiones y que no estoy reclamando ninguna pensión con cargo a los aportes efectuados en este mismo sistema.

Lady Esperanza Hernandez
 Firma
 Nombre: LADY ESPERANZA HERNANDEZ H
 CC:



Huella

Nombre Afiliado: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ		No. De Documento: 10.542.280	
Oficina: Cali	No Anexos:	Fecha de Solicitud: Año 2016 Mes 07 Día 13	
Ciudad: Cali	Departamento: VALLE		
Nombre del Reclamante: LADY ESPERANZA HDZ.		Teléfono Fijo: 3340043	
Celular: 318.630.1070	E-mail: esperanzaalinda@hotmail.com		
Dirección de Correspondencia: Cra 38 No. 12A-118		Ciudad: Cali	

Nota importante! Señor solicitante, cuando reúna la totalidad de los documentos relacionados, debe hacerlos llegar a la dirección Avenida Carrera 70 # 99 – 72 en la ciudad de Bogotá.

I. DOCUMENTOS DEL AFILIADO	Papeles Entregados
Solicitud de Pensión de Sobrevivencia (Formato Mapfre)	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938.	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del registro civil de defunción	<input checked="" type="checkbox"/>

II. DOCUMENTOS CÓNYUGUE /COMPAÑERO(A) PERMANENTE	
Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia autentica del folio del registro civil de matrimonio. Máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938.	<input type="checkbox"/>
Declaración extrajuicio juramentadas rendidas por dos (2) testigos diferentes a familiares, en la que se informe el tiempo de convivencia del afiliado con el cónyuge y/o compañero permanente y el conocimiento de otros herederos o beneficiarios	<input checked="" type="checkbox"/>

III. DOCUMENTOS DE LOS HIJOS

Fotocopia del documento de identidad	<input type="checkbox"/>
Copia autentica del folio del registro civil de nacimiento con anotación marginal donde se designe tutor o curador a falta de los padres. Máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.	<input type="checkbox"/>
Fotocopia autenticada del documento de identidad del Representante Legal o del Curador/Tutor del menor	<input type="checkbox"/>
Para hijos de 18 a 25 años: Certificación de estudios, expedido por el establecimiento educativo	<input type="checkbox"/>
Para hijos inválidos: Fotocopia autenticada del dictamen de la EPS o Junta Regional o Nacional que otorgo la calidad de inválido	<input type="checkbox"/>

IV. DOCUMENTOS DE LOS PADRES

Si el afiliado es soltero, sin conyugue o compañera(o) permanente ni hijos

Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento o partida de bautismo para los nacidos antes del 15 de junio de 1938.	<input type="checkbox"/>
Dos declaraciones extrajuicio de testigos sobre su conocimiento en relación con el estado civil del afiliado, sobre el conocimiento de la existencia de otros beneficiarios y sobre la dependencia económica de los padres con respecto al hijo.	<input type="checkbox"/>

V. DOCUMENTOS DE LOS HERMANOS INVÁLIDOS

Si el afiliado es soltero, sin conyugue o compañera(o) permanente ni hijos, ni padres

Fotocopia de la cedula de ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Copia auténtica del folio del Registro Civil de Nacimiento. Máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.	<input type="checkbox"/>
Fotocopia autenticada del dictamen de la EPS o Junta Regional o Nacional que otorgo la calidad de inválido.	<input type="checkbox"/>
Dos declaraciones extrajuicio de testigos sobre su conocimiento en relación con el estado civil del afiliado, sobre el conocimiento de la existencia de otros beneficiarios y sobre la dependencia económica del hermano con respecto al afiliado.	<input type="checkbox"/>

**Prestaciones Económicas
MAPFRE ARL**

Es importante que usted tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo, por lo cual, debe abstenerse de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Por favor denuncie cualquier evento irregular mediante comunicación escrita y envíelo a la Cra. 14 No. 96 - 34 en la ciudad de Bogotá, o al correo electrónico servicioalcliente@mapfre.com.co, o al contact center Mapfre-Si 24 3077026- 3077025 en Bogotá, gratis desde el resto del país al 018000977025.

Bogotá, 30 de Junio de 2016

Señores

ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE

Calle 47 N No. 4BN – 85 BARRIO LA FLORA

Tel: 4860202

CALI - VALLE

Referencia: Pensión de Sobrevivientes

Afiliado: **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ**

Cedula: **10.542.280**

Siniestro: **150157011600262**

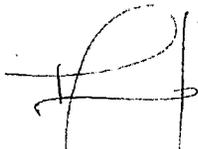
Respetados Señores:

Nos permitimos informarle que con ocasión del accidente sufrido por el trabajador **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ** (q.e.p.d) y en cumplimiento de los procedimientos y términos establecidos en el Decreto 2463 de 2001 y la Ley 776 de 2002, MAPFRE ARL. Ha realizado el procedimiento de calificación de origen de dicho evento y ha determinado que el mismo es **LABORAL**.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicitamos su colaboración para que de acuerdo con la información consignada del trabajador en sus registros, se sirvan contactar a los familiares que se consideren con derecho, para que mediante comunicación escrita y adjuntando los soportes correspondientes, formalicen ante esta Administradora, la solicitud de la **PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES** que concede la ley para estos casos.

Agradecemos su oportuna gestión y quedamos atentos a suministrar la información adicional que requieran, en procura de garantizar los derechos a la familia del trabajador fallecido.

Cordialmente,



Prestaciones Económicas ARL

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Av. Cr. 70 No. 99 – 72

Copia: **LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA – CRA. 38 No 12ª – 118 ; Tel: 3186301070 - CALI-VALLE.**

LUZ MARY CHACÓN REBELLÓN – CALLE 43 No 5-16; Tel: 3185163688 – CALI –VALLE.

JAILITA VELASCO – CRA. 39 No 48-61; Tel: 4361162 - CALI – VALLE.





REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA TRECE DEL CÍRCULO DE CALI
ACTA DE DECLARACION EXTRAPROCESO No. 0001783 de 2016

Ante la suscrita NOTARIA TRECE DEL CIRCULO DE CALI, compareció la señora MARIA ALEJANDRA CHAVES LOPEZ, mujer, mayor de edad, de nacionalidad colombiana, quien se identificó con la cédula ciudadanía No. 67.026.175 expedida en Cali, Valle, residente en la ciudad de Cali y domicilio en la Carrera 38 No. 12 A-90 Barrio Olímpico, teléfono 3254247, estado civil soltera, profesión u oficio abogada.

LUZ MARINA MARIN VASQUEZ, mujer, mayor de edad, de nacionalidad colombiana, quien se identificó con la cédula ciudadanía No. 66.908.669 expedida en Cali, Valle, residente en la ciudad de Cali y domicilio en la Carrera 24 A No. 72-91 Barrio Ulpiano Lloresa, celular 3158305195 estado civil casada, profesión u oficio estilista, quienes enterados de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso y bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el artículo 442 CP sobre falso testimonio, modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de julio 7 de 2004, hacen la siguiente:

DECLARACION

Manifiéstanos que conocemos de vista, trato y comunicación desde junio de 2010, a la señora LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA, identificada con cedula de ciudadanía No. 31.830.087 de Cali, Valle, a razón de que somos y amigas y por este conocimiento sabemos y nos consta que convivio bajo el mismo techo unión libre de manera permanente e ininterrumpida con el señor LUIS ALBERTO RENGIFO FLORES, desde junio de 2010, compartiendo techo, lecho y mesa y su convivencia fue hasta el día de la muerte del señor Rengifo, ocurrida el día 29 de febrero de 2016.

Que sabemos y nos consta que era el señor Luis Alberto Rengifo, la persona encargada de velar por la manutención de su compañera permanente en todo sentido, a razón de la





señora se dedica a labores del hogar y no recibe renta, pensión ni jubilación de ninguna entidad pública ni privada, y quien aparecía como su beneficiaria en la eps

Que desconocemos de la existencia de otras personas con igual o mejor derecho al que le asiste a la señora Lady Esperanza, como única beneficiaria

LOS DECLARANTES

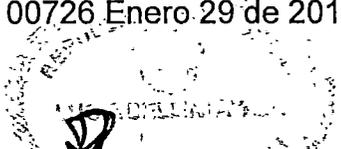
MARIA ALEJANDRA CHAVES LOPEZ
MARIA ALEJANDRA CHAVES LOPEZ



LUZ MARINA MARIN VASQUEZ



La presente declaración se rinde en Cali, a los 18 días del mes de Julio del año 2.016, de conformidad con el artículo 299 del decreto 2282 De 1989 sobre testimonios ante notarios. Modificado por el artículo 1, numeral 130 del Decreto 2282 de 1989. Derechos notariales \$ 11.500 Iva 1.840. Decreto 0188 del 12 de Febrero de 2013 Minjusticia y Resolución 00726 Enero 29 de 2016, de la Superintendencia de Notariado y Registro.



LUCIA BELLINI AYALA
Notaria Trece del Círculo de Cali.-

República de Colombia

10474MKLCA9T9AGQ
17/05/2016
Hoja notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificaciones y documentos del archivo notarial



REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUMERO **31.830.087**

HERNANDEZ HERRERA
 APELLIDOS

LADY ESPERANZA
 NOMBRES

[Signature]
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1959**

GUACARI
 (VALLE)
 LUGAR DE NACIMIENTO

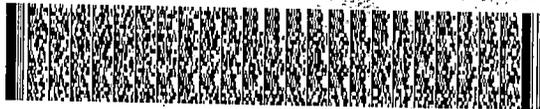
1.60
 ESTATURA

O+
 G.S. RH

F
 SEXO

10-OCT-1977 CALI
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VACHA



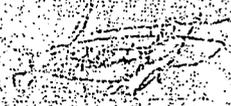
A-3100100-00779404-F-0031830087-20181022 004755685A 1 1063722366

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
DEPARTAMENTO DE CIUDADANIA

NUMERO: 10.142.280
NOMBRE: RENELO FLOREZ

CELESTIOS:
LOIS ALBERTO

REMARKS:



FRM. 1



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 19-AGO-1962

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO:

1.83

A+

M

ESTATURA

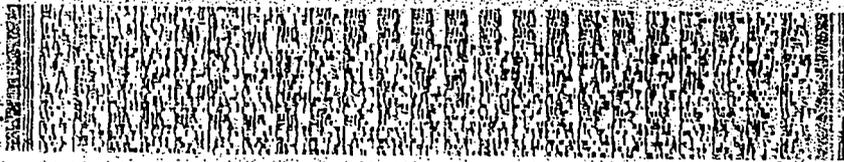
G.S. RH

SEXO

20-FEB-1981 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

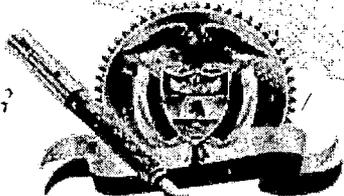
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREL SANCHEZ TORRES



A-3190150-00051562-M-0010542250-20080817

000226132A 1

20.031.607



NOTARÍA 19

Cali - Valle

ACTA DE DECLARACIÓN
BAJO JURAMENTO CON FINES
EXTRAPROCESALES
DECRETO 1557 DEL 14 JULIO DE 1989
ART. 1°

No. 2707

SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA COLOMBIA, HOY 11 DE MARZO DE 2016 COMPARECIO (ERON): JOSE MANUEL RENGIFO MURILLO - MARIA ANDREA RENGIFO CAMPO - ESMILBA HERNANDEZ HERRERA
QUIEN (ES) SE IDENTIFICA (N) CON CÉDULA (S): 16.769.693 DE CALI - VALLE - 66.948.320 DE CALI - 31.257.120 DE CALI
DE ESTADO CIVIL: CASADO - UNION - CASADA
CON PROFESION U OFICIO: COMMERCIANTE - ENCUADERNADORA - AMA DE CASA
CON NACIONALIDAD: COLOMBIANAS
CON DOMICILIO: CARRERA 47 C No. 47 B - 54 BARRIOMARIANO RAMOS - CALLE 103 B No. 26 I - 03 BARRIOMANUELA BELTRAN - CARRERA 38 No. 12 A - 118 PISO II BARRIO OLIMPICO
Y TELEFONO: 4028638 - 3184642485 - 3167025057

CON EL FIN DE DECLARAR PARA TRÁMITE LEGAL. Presente (s) e le(s) informo previamente sobre la gravedad del JURAMENTO y sus implicaciones legales según lo dispuesto en el Art. 442 del C. P., y de la reglamentación contemplada en el Decreto 1557 de 1989. Quien (es) bajo esta responsabilidad manifestó (aron) PRIMERO Que en mi entero y cabal juicio manifiesto (aron) que no tengo (tenemos) impedimento legal para rendir esta DECLARACIÓN. La cual presento (amos) bajo mi (nuestra) única y entera responsabilidad SEGUNDO Que las declaraciones aquí rendidas libre de todo apremio y espontáneamente versan sobre los hechos de los cuales da(n) plena fe y testimonio en razón de que le(s) consta personalmente. TERCERO: Manifestamos bajo la gravedad del juramento en calidad de hermanos, que les conocimos por un espacio de toda la vida respectivamente cada uno al señor LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.E.P.D) quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 10.542.280 de Popayán - Cauca. Sabemos y nos consta que vivió en unión libre durante cinco (5) años, y seis meses con la señora LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA, identificada con cedula de ciudadanía No, 31.830.087, de Cali - Valle, compartiendo techo, lecho y mesa, sin interrupción alguna desde el día 12 de Junio del año 2010 hasta la fecha del deceso hecho ocurrido el día 29 de Febrero del año de 2016. Declaramos que de su unión no procrearon hijos. Que tuvo 2 hijos extramatrimonial, no hubo hijos naturales, ni adoptivos, ni en proceso de adopción, solo los antes mencionados. Manifestamos que la señora, LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA. No recibe pensión, ni jubilación por ninguna entidad publica ni privada, ni recibe renta alguna.

ES TODO.- NOTA Se expide la presente declaración extra juicio por reiterada petición del interesado pesar de haberle puesto de presente establecido en el Art 07 decreto 019 de Enero 10 de 2012 NOTA EL (LOS LA) DECLARANTE(S) MANIFIESTA(N) QUE LEYÓ (ERON) SU DECLARACIÓN ENCONTRÁNDOLA CORRECTA Y EXACTA CON SU CONTENIDO Y QUE NO OBSERVA(N) EN ELLA ERROR Y POR CONSIGUIENTE CUALQUIER DATO O INFORMACIÓN QUE LE FALTE O LE SOBRE ES ATRIBUIBLE A SU RESPONSABILIDAD, Y NO A LA NOTARIA POR LO QUE NO SE EFECTUARÁ REEMBOLSO ALGUNO DESPUES DE FIRMADA CONFORME (Derechos Notariales \$ 11.500 + IVA 1.840 TOTAL \$ 13.340. Resolución 0726 de 29 de Enero de 2016.-

Declarante (S):

Jose Manuel Rengifo Murillo
C.C. No. 16769693



Omaira Ortiz

Calle 27 No. 43A- 83 Villa del Sur
Tels: 310 00 47 - 325 03 40 Fax: 310 00 46
Santiago de Cali - Valle

Declarante, (S):

Yanis Andrea Dengis
C.C. No. 66 948 320



RUBEN FELIPE LAGAREJO RIVAS
NOTARIO DIECINUEVE DE CALI

Declarante, (S):

Esmitka Hernandez
C.C. No. 31 257120



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

08936243

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - VALLE - CALI						

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos
RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
CC 10.542.280	MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE CALI

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2016 Mes FEB Día 29		193201607883

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
	Año Mes Día

Documento presentado: Autorización judicial Certificado Médico

Nombre y cargo del funcionario: FISCALIA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos
FERNANDEZ CASTRO OSCAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.524.385	

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2016 Mes MAR Día 02	Nombre y firma del funcionario que autoriza
	ALFONSO RUIZ RAMIREZ

ESPACIO PARA NOTAS
ASENTADO MEDIANTE AUTORIZACION JUDICIAL, ELIZABETH RUIZ, ASISTENTE DE FISCAL II, FISCALIA 19, SECCIONAL, UNIDAD DE REACCION INMEDIATA, RCS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA ONCE DE CALI

COPIA REGISTRADA

La presente fotocopia corresponde exactamente al original del follo que reposa en esta Notaría se expide a solicitud del interesado y es valido para probar parentesco. (D. 278/72 Art. 1)

ALFONSO RUIZ RAMIREZ

* E H 2 6 E 6 R O *

ORIGINAL EN LA OFICINA DE REGISTRO



EN BLANCO
NOTARIA ONCE
CALI

5/639401

Bogotá, 30 de Junio de 2016

Señores
ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE
Calle 47 N No. 4BN – 85 BARRIO LA FLORA
Tel: 4860202
CALI - VALLE

MAPFRE | ARL
DEVOLVER COPIA
FIRMADA A.R.L

Referencia: Pensión de Sobrevivientes
Afiliado: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ
Cedula: 10.542.280
Siniestro: 150157011600262

Respetados Señores:

Nos permitimos informarle que con ocasión del accidente sufrido por el trabajador **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ** (q.e.p.d) y en cumplimiento de los procedimientos y términos establecidos en el Decreto 2463 de 2001 y la Ley 776 de 2002, MAPFRE ARL. Ha realizado el procedimiento de calificación de origen de dicho evento y ha determinado que el mismo es **LABORAL**.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicitamos su colaboración para que de acuerdo con la información consignada del trabajador en sus registros, se sirvan contactar a los familiares que se consideren con derecho, para que mediante comunicación escrita y adjuntando los soportes correspondientes, formalicen ante esta Administradora, la solicitud de la **PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES** que concede la ley para estos casos.

Agradecemos su oportuna gestión y quedamos atentos a suministrar la información adicional que requieran, en procura de garantizar los derechos a la familia del trabajador fallecido.

Cordialmente,

Prestaciones Económicas ARL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
Av. Cr. 70 No. 99 – 72

Luz Mary Chacon
X Luz Mary Chacon
31846765
3195163688

Copia: **LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA – CRA. 38 No 12ª – 118 ; Tel: 3186301070 - CALI-VALLE.**
LUZ MARY CHACON REBELLON – CALLE 43 No 5-16; Tel: 3185163688 – CALI –VALLE.
JAILITA VELASCO – CRA. 39 No 48-61; Tel: 4361162 - CALI – VALLE.



5689402

Bogotá, 30 de Junio de 2016

Señores.

ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE
Calle 47 N No. 4BN – 85 BARRIO LA FLORA
Tel: 4860202
CALI - VALLE

MAPFRE | ARL
DEVOLVER COPIA
FIRMADA A.R.L.

Referencia: Pensión de Sobrevivientes
Afiliado: **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ**
Cedula: **10.542.280**
Siniestro: **150157011600262**

Respetados Señores:

Nos permitimos informarle que con ocasión del accidente sufrido por el trabajador **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ** (q.e.p.d) y en cumplimiento de los procedimientos y términos establecidos en el Decreto 2463 de 2001 y la Ley 776 de 2002, MAPFRE ARL. Ha realizado el procedimiento de calificación de origen de dicho evento y ha determinado que el mismo es **LABORAL**.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicitamos su colaboración para que de acuerdo con la información consignada del trabajador en sus registros, se sirvan contactar a los familiares que se consideren con derecho; para que mediante comunicación escrita y adjuntando los soportes correspondientes, formalicen ante esta Administradora, la solicitud de la **PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES** que concede la ley para estos casos.

Agradecemos su oportuna gestión y quedamos atentos a suministrar la información adicional que requieran, en procura de garantizar los derechos a la familia del trabajador fallecido.

Cordialmente,

Prestaciones Económicas ARL
MAPFRE COLMOBIA VIDA SEGUROS S.A.
Av. Cr. 70 No. 99 – 72

Lady Esperanza Hernandez
3340043

Copia: **LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA** – CRA. 38 No 12ª – 118 ; Tel: 3186301070 - CALI-VALLE.
LUZ MARY CHACON REBELLON – CALLE 43 No 5-16; Tel: 3185163688 – CALI –VALLE.
JAILITA VELASCO – CRA. 39 No 48-61; Tel: 4361162 - CALI – VALLE.



5-689399

Bogotá, 30 de Junio de 2016

MAPFRE ARL
DEVOLVER COPIA
FIRMADA A.R.L

Señores

ANDÍNA DE SEGURIDAD DEL VALLE

Calle 47 N No. 4BN – 85 BARRIO LA FLORA

Tel: 4860202

CALI - VALLE

Referencia: Pensión de Sobrevivientes

Afiliado: **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ**

Cedula: **10.542.280**

Siniestro: **150157011600262**

Respetados Señores:

Nos permitimos informarle que con ocasión del accidente sufrido por el trabajador **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ** (q.e.p.d) y en cumplimiento de los procedimientos y términos establecidos en el Decreto 2463 de 2001 y la Ley 776 de 2002, MAPFRE ARL. Ha realizado el procedimiento de calificación de origen de dicho evento y ha determinado que el mismo es **LABORAL**.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicitamos su colaboración para que de acuerdo con la información consignada del trabajador en sus registros, se sirvan contactar a los familiares que se consideren con derecho, para que mediante comunicación escrita y adjuntando los soportes correspondientes, formalicen ante esta Administradora, la solicitud de la **PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES** que concede la ley para estos casos.

Agradecemos su oportuna gestión y quedamos atentos a suministrar la información adicional que requieran, en procura de garantizar los derechos a la familia del trabajador fallecido.

Cordialmente,

Prestaciones Económicas ARL

MAPFRE COLMOBIA VIDA SEGUROS S.A.

Av. Cr. 70 No. 99 – 72

Copia: **LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA – CRA. 38 No 12ª – 118 ; Tel: 3186301070 - CALI-VALLE.**

LUZ MARY CHACON REBELLON – CALLE 43 No 5-16; Tel: 3185163688 – CALI –VALLE.

JAILITA VELASCO – CRA. 39 No 48-61; Tel: 4361162 - CALI – VALLE.

Jailita Velasco 31831612

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Oficina GISMAP Av. Carrera 70 No. 99 – 72 Tel. 6439600



5/609397

Bogotá, 30 de Junio de 2016

Señores
ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE
Calle 47 N No. 4BN – 85 BARRIO LA FLORA
Tel: 4860202
CALI - VALLE

DEVOLVER COPIA
FIRMADA A.R.L.
MAPFRE | ARL

Referencia: Pensión de Sobrevivientes
Afiliado: **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ**
Cedula: **10.542.280**
Siniestro: **150157011600262**

Respetados Señores:

Nos permitimos informarle que con ocasión del accidente sufrido por el trabajador **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ** (q.e.p.d) y en cumplimiento de los procedimientos y términos establecidos en el Decreto 2463 de 2001 y la Ley 776 de 2002, MAPFRE ARL. Ha realizado el procedimiento de calificación de origen de dicho evento y ha determinado que el mismo es **LABORAL**.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicitamos su colaboración para que de acuerdo con la información consignada del trabajador en sus registros, se sirvan contactar a los familiares que se consideren con derecho, para que mediante comunicación escrita y adjuntando los soportes correspondientes, formalicen ante esta Administradora, la solicitud de la **PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES** que concede la ley para estos casos.

Agradecemos su oportuna gestión y quedamos atentos a suministrar la información adicional que requieran, en procura de garantizar los derechos a la familia del trabajador fallecido.

Cordialmente,

Prestaciones Económicas ARL
MAPFRE COLMOBIA VIDA SEGUROS S.A.
Av. Cr. 70 No. 99 – 72

ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE
NIT. 852.434.953
RECIBIDO SUJETO A VERIFICACIÓN
FECHA _____
RECIBE _____
RECIBIDO 01 JUL 2016

Copia: **LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA – CRA. 38 No 12ª – 118 ; Tel: 3186301070 - CALI-VALLE.**
LUZ MARY CHACON REBELLON – CALLE 43 No 5-16; Tel: 3185163688 – CALI –VALLE.
JAILITA VELASCO – CRA. 39 No 48-61; Tel: 4361162 - CALI – VALLE.





Nº Simiestro: 150157011800262 Referencia: Tipo Expedien: AFU Núm. Afectado: 2
 Simiestro: 29-07-2016 F. Abertura: 06-07-2016 Tramitador: 15183 RICAURTE MOLINA EFRAIN LEONARDO

Datos Generales Mios Económicos Valoraciones Liquidaciones Tramitadores Control Técnico Plan Tramitación Otros Datos

N. Liquidación	Total Liquidación	Iva	Moneda	Estado	F. Liquidación	Cl	Rechazada
59191602227	3447 270,00	0,00	COP	PENDIENTE	06-07-2016		

Beneficiario: FUNERARIA NT: 8903095775 SIEMPRE SA
 Generador: TRAMITADORES CC: 14254727 RICAURTE MOLINA EFRAIN LEONARDO

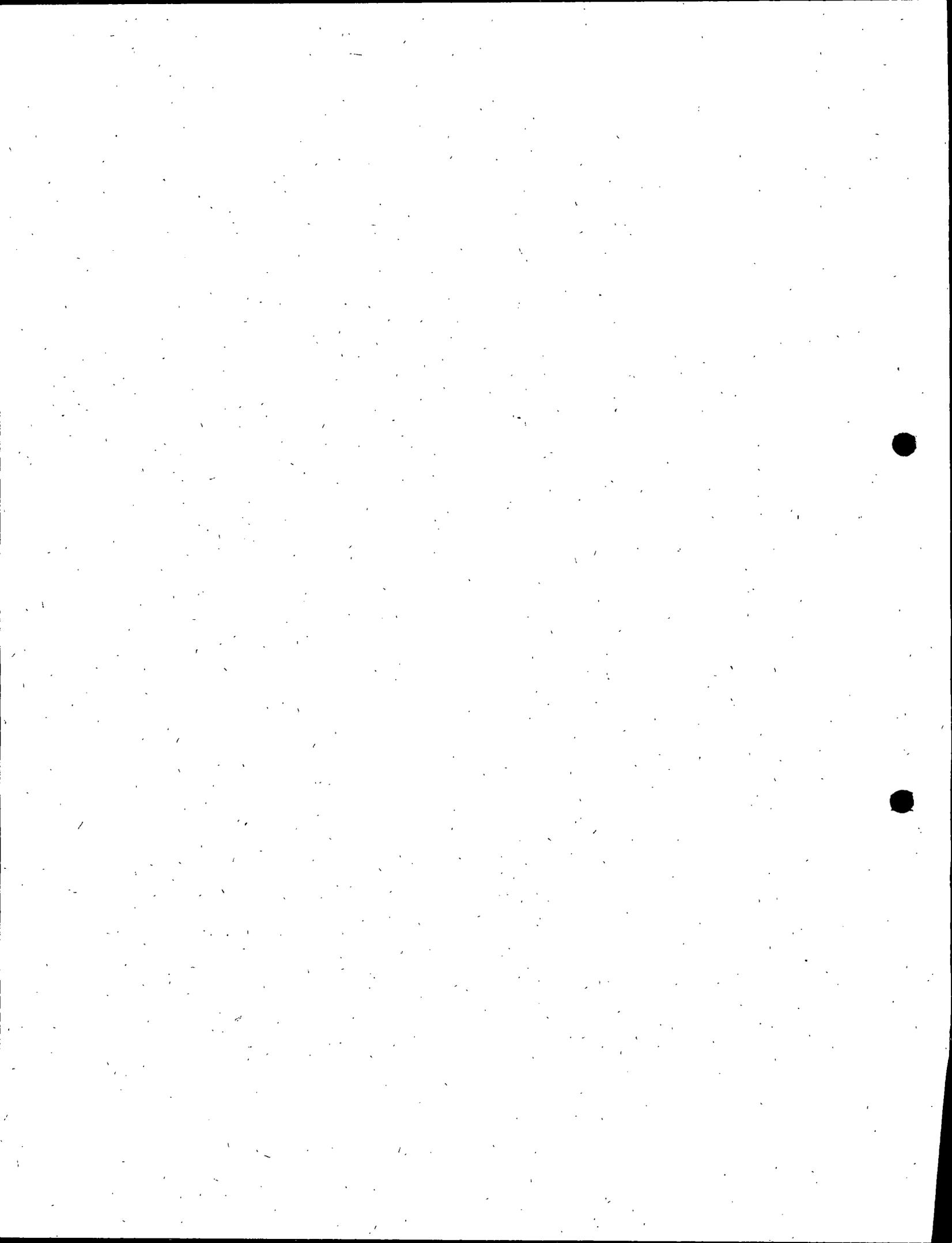
Datos del Pago

Oficina Contable: 5001 DIRECCION GENERAL Núm. Orden: 59191602227 Última Act: 06-07-2016
 Pago de Coaseg: TOTAL Fecha Radicaci: 06-07-2016 Fecha Legaliza:
 Neto Coaseguro: 3447270,00 Tipo Cambio: 1,000 Moneda Pago: COP Fecha Anulación:
 Documento: IN INDEMNIZACION Moneda: COP Usuario: EFRAINL
 Deducible: 0,0 Retención: 0,0 Iva: 0,0 Iva Reposici: 0,0

Observaciones
 PAGO DE AUXILIO FUN. POR OCACION A ACCIDENTE DE TRABAJO ✓

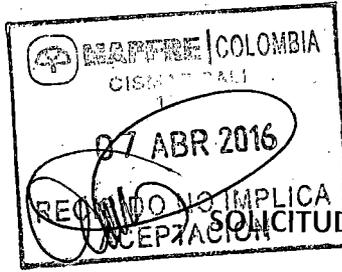
EFRAINL 1019230816

OK
13-07-16



S-664994

S-663370-2
11/04/2016



Vivienda
Papas



01:48 pm a pnos -> feabndo de cliente
12 folios

FECHA DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO	CUIDAD	DEPARTAMENTO	Espacio de uso exclusivo MAPFRE
			Número póliza
			Consecutivo

2. INFORMACION DEL CAUSANTE DE LA PENSION

DATOS PERSONALES

TIPO DOCUMENTO: CC CE TI # DOCUMENTO IDENTIDAD: 10.542.280 LUGAR EXPEDICION: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 19/08/1962 GÉNERO: M F

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Luis Alberto Rengifo flores

DIRECCIÓN DONDE RESIDÍA: Cll 46A # 47-80 B/ Mariano Ramos CIUDAD DE FALLECIMIENTO: Cali DEPTO DE FALLECIMIENTO: Valle

Admipa

DATOS DEL FALLECIMIENTO

TIPO DE FALLECIMIENTO: ENFERMEDAD/M NATURAL HOMICIDIO/ACCIDENTE SUICIDIO FECHA DEL FALLECIMIENTO: 29/02/2016 HORA FALLECIMIENTO: _____

3. INFORMACION DEL SOLICITANTE

3.1 DATOS PERSONALES

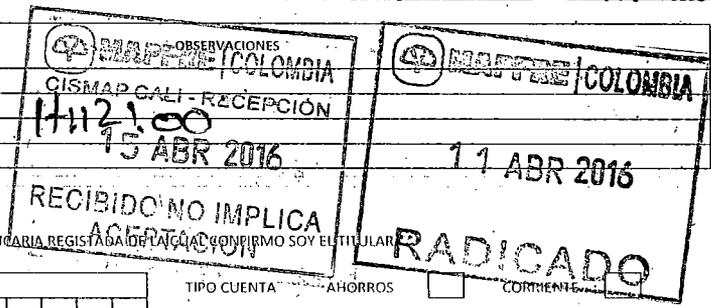
TIPO PERSONA: JURIDICA NATURAL TIPO DOCUMENTO: CC CE NIT # DOCUMENTO IDENTIDAD: 66874.847 LUGAR EXPEDICION: Candelaria FECHA DE NACIMIENTO: 05/10/1971 EDAD: 46

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS (EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA - RAZÓN SOCIAL): Maria Edith Gomez PARENTESCO CON EL CAUSANTE DE LA PENSION: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cia 35 # 4d-21 CIUDAD DE RESIDENCIA: Cali DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: Valle

CORREO ELECTRÓNICO (e-mail): Gomez maria edith@yahoo.es CELULAR: 3137970816 TELÉFONO: 3741113

LOS GASTOS FUNERARIOS FUERON CUBIERTOS POR	MARQUE X
RECURSOS PROPIOS DEL RECLAMANTE	<input checked="" type="checkbox"/>
PÓLIZA	<input type="checkbox"/>
CONTRATO PREEQUIL	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>



10. DATOS BANCARIOS

EN CASO QUE EL RESULTADO DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA COMPAÑÍA SEA FAVORABLE A LA SOLICITUD AUTORIZO A MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A REALIZAR PAGO POR TRASFERENCIA A LA CUENTA BANCARIA REGISTRADA DE LA CUENTA QUE FIRMO SOY EL TITULAR

NOMBRE DEL BANCO: _____ TIPO CUENTA: AHORROS CORRIENTE

NÚMERO DE CUENTA: _____

OBSERVACIONES: Sellario \$949.000 = Valor Auf \$3'447.270 =

** Adjuntar Certificación bancaria con fecha de emisión no mayor a 2 meses contados a la firma de este formulario.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Nosotros quienes nos identificamos con Nombres, firmas, huellas y número de identificación abajo registradas, en calidad de reclamantes por el fallecimiento de (nombres y apellidos completos) _____ (Q.E.P.D.) quien en vida se identificó con documento número (tipo y número de documento) _____ declaro (amos) de forma voluntaria y libre de toda presión y bajo la gravedad del juramento ante MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. que hemos relacionado en el presente formato todas las personas que tenemos conocimiento que puedan tener mayor, igual o menor derecho a reclamar la prestación económica que legalmente corresponda al proceso que aquí adelanto. Por lo anteriormente expresado exonero (amos) a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. de cualquier responsabilidad frente a eventuales futuras por este mismo concepto que se llegasen a presentar por personas adicionales que acrediten mayor, igual o menor derecho. Igualmente, en caso que se llegaren a presentar personas con mayor, igual o menor derecho a reclamar reintegraré (mos) a su favor los dineros recibidos en exceso por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. como consecuencia de esta declaración. Esta declaración presentará mérito ejecutivo y a requerimientos legales.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falle a la verdad.

Autorizo a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. para enviarme comunicaciones relacionadas con el trámite de auxilio funerario.

Por motivos de salud y/o condición autorizo a _____ en calidad de _____ a diligenciar el formulario este formato.

Declaro que recibí, leí y entendí la Carta de Instrucciones de proceso de sustitución pensional y/o Auxilio funerario

Declaro que he leído detenidamente el contenido del presente cuestionario, que la respuestas consignadas han sido aportadas por mí, de manera libre y espontanea y firmo en señal de aceptación.

REGISTRO DE LA SECRETARÍA DE ECONOMÍA



SOLICITUD AUXILIO FUNERARIO

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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 sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa 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 sus 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) Fasécolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

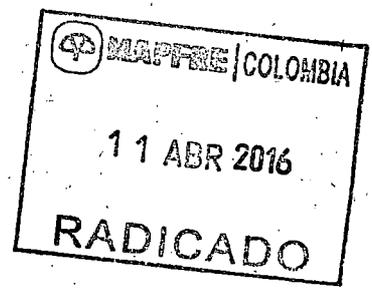
Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones 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 cuándo 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, reclamante de sustitución pensional; (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 técnico-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 crediticio 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 y/o la extinción 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; (xii) actualizar, verificar y profundizar información necesaria para el estudio del trámite de sustitución pensional ya sea por medios presenciales a través de entrevista, grabación y/o medio fílmico.

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.

Maria Edith Gomez
 FIRMA
Maria Edith Gomez
 NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS
 CC 66874877 camdenara en
 TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN





ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial

08936243



Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	142
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - VALLE - CALI							

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos
BENICIO FLOREZ LUIS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
CC 10.542.280	MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE CALI

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2016 Mes FEB Dia 29		193201607883

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
	Año Mes Día

Documento presentado: Autorización Judicial Certificado Médico Nombre y cargo del funcionario: FISCALIA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos
FERNANDEZ CASTRO OSCAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.524.385	<i>[Handwritten Signature]</i>

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año	Mes	Día	Nombre y firma del funcionario que autoriza
2016	MAR	02	ALFONSO RUIZ RAMIREZ <i>[Handwritten Signature]</i>

ESPACIO PARA NOTAS
ASENTADO MEDIANTE AUTORIZACION JUDICIAL, ELIZABETH RUIZ, ASISTENTE DE FISCAL II, FISCALIA 19 SECCIONAL, UNIDAD DE REACCION INMEDIATA. RCS

MAÑIZO / COLOMBIA
11 ABR 2016
RADICADO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA DE DEFUNCIÓN

COPIA REGISTRADA
La presente fotocopia corresponde exactamente al original del folio que reposa en esta Notaría se expide a solicitud del interesado y es válido para probar parentesco (D. 278/72 Art. 1o)

[Handwritten Signature]
ALFONSO RUIZ RAMIREZ
Notario Once de Cali

ORIGINAL - RA LA OFICINA DE REGISTRO -

EN BLANCO
NOTARIA ONCE
1770
CALI

9.00pm 361-16



República de Colombia



Ministerio de la Protección Social

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

CONFIDENCIAL Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1983, Artículo 5.º

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

81445812 - 2

(Consulte instrucciones al respaldo)

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Departamento Valle del Cauca Municipio Cali

AREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Cabecera municipal (checked), Centro poblada, Rural disperso. TIPO DE DEFUNCIÓN: Fetal, No fetal (checked). FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 2016 Año, 02 Mes, 29 Día. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Sin establecer (checked).

SEXO DEL FALLECIDO: Masculino (checked). APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO: Benigno Florez Luis Alberto

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Cédula de ciudadanía (checked). NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: 10542280. PROBABLE MANERA DE MUERTE: Violenta (checked).

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Chaverra Palma Johnny Fernando

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: Cédula de ciudadanía (checked). NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 87064936. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico (checked). REGISTRO PROFESIONAL: 57523/2010

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Departamento Valle del Cauca, Municipio Cali, 2016 Año, 03 Mes, 01 Día. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Johnny Chaverra

MAPFRE COLOMBIA 11 ABR 2016 RADICADO

Impreso en la Oficina de Atención al Ciudadano, Municipio y Ciudad de Estadística del DANE, Poma DANE, D-833, Septiembre de 2007

SIEMPRE S.A.
AV 4 NORTE 5N 25
CALI / VALLE DEL CAUCA
Colombia
Teléfono:
Sitio WEB:

NIT: 890309577-

57 2 3814010

Cliente:
Nit ó CC:
Dirección:
Teléfono:
Mail:
Aseguradora:

RENGIFO MURILLO JOSE MANUEL
16769693-

CALI / VALLE DEL CAUCA
0
@

1253652154

FACTURA DE VENTA: C3 - 3177

Descripción	Plazo de pago	Fecha de expedición	Fecha de vencimiento	
LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ	180 días	02/03/2016	29/08/2016	
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNIT. DESC.(%)	VALOR DESC.	VALOR

SERVICIO DE FUNERARIA Y VELACION FL/ LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ C.C. 10.542.280 (Q.E.P.D), EL DIA 29 DE FEBRERO DEL 2016 32725 (MAPFRE)	1.00	\$3,447,270.00	0	\$0	\$3,447,270
--	------	----------------	---	-----	-------------

Siempre la Ermita sede Santa Isabel -
Cr 39 No. 2a-23 -
Tel (57-2) 3814010

Total: \$3,447,270

FACTURA ELABORADA POR COMPUTADOR. RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN #
50000407376 DE ENERO 06 DE 2016. PREFIJO C3 2951 A 4000.

CANCELADO

Siempre La Ermita 

Acepta(mos):



Firma Autorizada



EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE SIEMPRE LA ERMITA

HACE CONSTAR

Que el día 01 de marzo de 2016, se prestaron los servicios de funeraria, velación e inhumación para el señor LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (q.e.p.d.) identificado con cédula de ciudadanía N° 10.542.280, según factura No. C3-3177 por valor de tres millones cuatrocientos cuarenta y siete mil doscientos setenta pesos M/cte (\$3.447.270) a nombre del señor José Manuel Rengifo Murillo identificado con cedula de ciudadanía No. 16.769.693. Cancelada

SERVICIOS FUNERARIOS: \$1.499.265

Recogida y preparación del cuerpo, diligencias y trámites legales ante Salud Pública y Notaría, carroza y cinta para el cortejo, cofre o ataúd.

SERVICIO DE VELACIÓN \$ 829.005

Capilla de velación, sala general servicio de teléfono, servicio de tintos prestado durante el tiempo de velación.

SERVICIOS DE PARQUE \$1.119.000

Lote en uso temporal por cuatro años en la Aurora Centro Memorial Exhumación y Osario

TOTAL \$3.447.270



Este certificado se expide para trámites de auxilio funerario

Para constancia se firma en Cali, a los dieciséis (16) días del mes de marzo de dos mil dieciséis (2016)

JOSE SIXTO TAPIA GAVIRIA
Representante Legal

CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUXILIO FUNERARIO

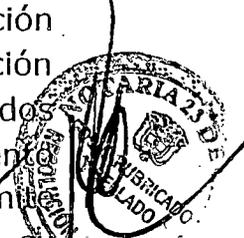
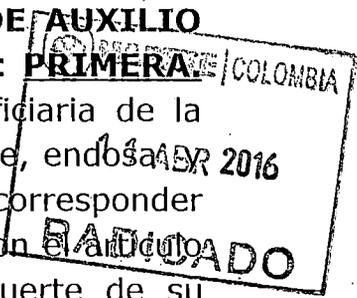
Conste por este documento, que entre nosotros a saber, **JOSE MANUEL RENGIFO MURILLO**, mayor de edad, vecino de la Ciudad de Cali, identificado como aparece al final, en calidad de Hermano del causante **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.E.P.D.)**, quien en vida se identificó con la cédula de ciudadanía No. 10.542.280 de - Valle y quien se denominará la **CEDENTE**, por un lado, y por el otro, la firma **SIEMPRE S.A.**, Representada legalmente por el Señor **JOSE SIXTO TAPIA GAVIRIA**, quien es mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado como aparece al pie de su firma, como entidad prestadora de los servicios fúnebres prestados a quien en vida se llamo **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.E.P.D.)**, quien para efectos de este documento se denominará **EL CESIONARIO**, manifestamos que hemos celebrado un **CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUXILIO FUNERARIO**, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. La **CEDENTE**, en calidad de Madre, como titular y beneficiaria de la Factura de Venta de servicios exequiales No. **C3-3177**, cede, endosa y transfiere los derechos que le corresponden o le pueden corresponder como beneficiaria de la factura de venta, de conformidad con los artículos 51 y 86 de la ley 100 de 1993, con ocasión de la muerte de su

Hermano, el Señor **LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.E.P.D.)**, ocurrida el día 29 de Febrero del año 2016, al **CESIONARIO**, quien acepta la cesión en permuta por el servicio exequial de su familiar.

SEGUNDA. El **CEDENTE** manifiesta que es su voluntad suscribir el presente contrato, que ha recibido asesoría e ilustración suficiente sobre sus consecuencias, que la han orientado respecto de la documentación que está obligada a suministrar para su eficacia y finalidad; a su vez, ambas partes se acogen a las estipulaciones del Libro Cuarto, Título XXV, Capítulo I, de la cesión de derechos, del Código Civil y los artículos 770 y 772 del Código de Comercio. **TERCERA.** El **CEDENTE** autoriza al **CESIONARIO**, para solicitar a su favor el reconocimiento y pago del auxilio funerario a la **ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

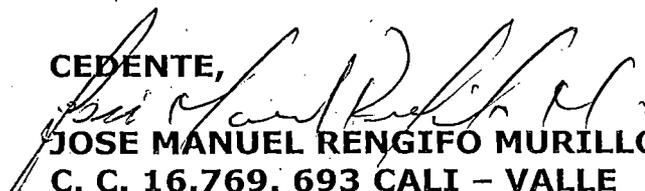
MAPFRE/ARL, por la suma expresada e indicada en pesos en la Factura de Venta No. **C3-3177** a la fecha de prestación del servicio o del fallecimiento. **CUARTA. Obligaciones de la Cedente. 1.-** Garantizar la existencia del derecho al auxilio funerario que el causante tenía al momento del fallecimiento y confirmado con el presente documento, pero no se hace responsable de la solvencia económica presente o futura de la entidad encargada de pagarlo a la **CESIONARIA. 2.-** El **CEDENTE** se obliga a responder al **CESIONARIO**, por la suma que está consignada en la factura de venta, cuando se trate de las denominadas "pensión de gracia", "sustitución pensional" y "pensión del sobreviviente", que la ley las excluyó de este derecho. Esta obligación económica desaparece cuando el causante tenga pensión de jubilación nacional distinta de las anteriores. **3.-** Suministrar al cesionario todos los documentos necesarios para hacer la reclamación de reconocimiento del auxilio funerario, inclusive, aquellos que durante el trámite



lugar. **5.-** Informar al cesionario todo cambio de residencia, hasta que el pago se produzca. **QUINTA. Obligaciones del cesionario.** **1.-** Mantener informado a la **CEDENTE** sobre el estado de la reclamación. **2.-** Suministrar las informaciones que requiera la **CEDENTE** sobre documentos y servicios derivados del presente contrato. **SEXTA.- Terminación del contrato.** Este contrato se dará por terminado en los siguientes casos: **1.-** Cuando la entidad obligada a pagar el auxilio funerario cancele la prestación económica pensional. **2.-** Por voluntad de las partes. **3.-** Por pago directo que haga la **CEDENTE** del servicio solicitado. **4.-** El **CESIONARIO** exonera al **CEDENTE** del resultado del no ejercicio oportuno de la reclamación del derecho prestacional. **SEPTIMA. Cesión de los derechos litigiosos.** Las partes acuerdan que la presente cesión de derechos se hará extensiva a la cesión de los derechos litigiosos (Art. 1953 del Código Civil) derivados del no pago del auxilio funerario por la entidad pública, y legitima al **CESIONARIO**, para instaurar las acciones legales, incluida la de nulidad y restablecimiento del derecho ante la jurisdicción contenciosa administrativa, contra los actos administrativos expedidos en el trámite de reclamación, o para iniciar las acciones judiciales o contencioso administrativas que en derecho correspondan, según los hechos y derecho resultantes de la negación del recaudo, en tal virtud podrá designar y contratar abogado (s) a sus expensas, *incluso*, para el trámite de procedibilidad de la acción. **OCTAVA. Extensión de validez del contrato.** El presente contrato tendrá validez ante cualquier entidad o fondo pensional público o privado a donde haya pertenecido el causante y esté obligada la entidad a pagar el auxilio funerario según la ley. **NOVENA. Renuncia al derecho.** El **CEDENTE** declara que el derecho objeto de este contrato, no lo ha cedido ni enajenado antes, ni lo cederá o enajenará a ninguna persona natural o jurídica, y que renuncia a la reclamación directa, presente o futura. **DECIMA. Título.** Las partes acuerdan que el presente contrato, *prestará mérito ejecutivo*, ante las autoridades judiciales. **UNDECIMA. Domicilio.** Las partes fijan como domicilio contractual la Ciudad de Cali.

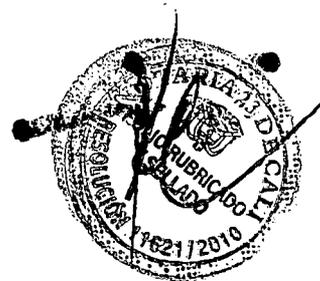
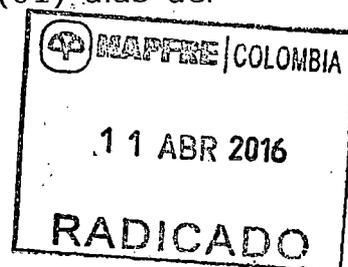
Para constancia se firma en Santiago de Cali, a Primero (01) días del mes de Marzo del año dos mil Dieciséis (2016)

CEDENTE,


JOSE MANUEL RENGIFO MURILLO
C. C. 16.769. 693 CALI - VALLE

CESIONARIO,


JOSE SIXTO TAPIA GAVIRIA
C.C. 16.761.552 CALI - VALLE
REPRESENTANTE LEGAL SIEMPRE
NIT. 890.309.577





REPUBLICA DE COLOMBIA
 ILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
 Al Despacho del Notario 2º de Cali compareció

Jose Sixto Lopez Guevara
CC 16.961.552
 14 MAR 2016

y manifestó que el contenido de este documento es cierto y que la firma y la huella en él puestas son suyas.

Declarante, Firma y Huella

PEDRO BARRETO VACA
 Notario de Cali



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

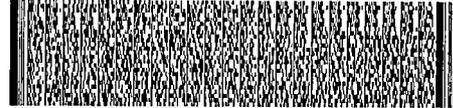
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



430

En la ciudad de Cali, Departamento de Valle, República de Colombia, el primero (01) de marzo de dos mil dieciséis (2016), en la Notaría veintitrés (23) del Círculo de Cali, compareció:

JOSE MANUEL RENGIFO MURILLO, quien exhibió la cédula de ciudadanía / NUIP #0016769693 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



1t64hspfpfj6

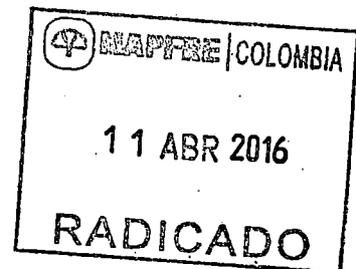
----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado a través de autenticación biométrica, mediante cotejo de su huella dactilar contra la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de CONTRATO DE CESION DE DERECHOS FUNERARIOS , en el que aparecen como partes JOSE MANUEL RENGIFO MURILLO y que contiene la siguiente información CONTRATO DE CESION DE DERECHOS FUNERARIOS .



RAMIRO CALLE CADAVID
Notario veintitrés (23) del Círculo de Cali



INDESOAT

Indemnizaciones Accidentes de Tránsito
Asesorías Legales

SEÑORES

ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES/MAPFRE

DEPARTAMENTO DE AUXILIO FUNERARIO

La ciudad

RADICADO : AUXILIO FUNERARIO
CAUSANTE : LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ
CEDULA : 10.542.280
ASUNTO : PODER

JOSE SIXTO TAPIA GAVIRIA, mayor de edad y vecino de Cali, en mi calidad de representante legal de la firma **SIEMPRE S.A.**, con domicilio principal en Cali, respetuosamente manifiesto que mediante este documento concedo Poder Especial, amplio y suficiente a la abogada **MARIA EDITH GOMEZ**, mayor de edad y vecina de esta ciudad, identificada con cedula de ciudadanía numero 66.874.847, expedida en Candelaria, abogada en ejercicio con T.P. No. 177.556 del H.C.S. de la J., para que actúe en mi nombre y en representación de la sociedad que represento dentro del tramite referenciado.

La apoderada que constituyo queda investida de las más amplias facultades como radicar documentos, firmar en mi nombre y en representación de la firma SIEMPRE S.A., los documentos que se consideren necesarios, solicitar información, notificarse de las resoluciones que se profieran, interponer recursos de ley, aportar documentos y recibir, solicitar la entrega de los documentos aportados con la reclamación o solicitud de prestación o derecho, realizar la solicitud de inclusión en nomina, hacer solicitudes y demás facultades necesarias y atinentes en procura y defensa de los derechos de SIEMPRE S.A., sin que en ningún momento se pueda aducir falta de facultades suficientes de la apoderada.

Sírvanse por tanto, reconocer personería suficiente a la Dra. GOMEZ en los términos del presente poder.

JOSE SIXTO TAPIA GAVIRIA
C.C. 16.761.552 de Cali- Valle
Representante Legal
SIEMPRE S.A.
NIT. 890.309.577-5

Acepto,


MARIA EDITH GOMEZ
C.C. 66.874.847 De Candelaria Valle
T.P. 177.556 H.C.S. de la J.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Al Despacho del Notario 2º de Cali compareció

José Sixto

Tapia Gaviria

14 MAR 2016

Cc 16264552

y manifestó que el contenido de este documento es cierto y que la firma y la huella en él puestas son suyas.

Declarante

Firma

Huella



PEDRO JOSÉ BARRATO
Notario Segundo de Cali



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION:0816489GOD

NUMERO DE RADICACION: 20160147368-SAL

FECHA DE IMPRESION: 08 MARZO 2016 08:58 AM

PAGINAS: 1 - 7

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS. RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V.

REPUBLICA DE COLOMBIA
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION
EL SUSCRITO SECRETARIO DE LACAMARA DE COMERCIO DE CALI

CERTIFICA

NOMBRE:SIEMPRE S.A.
DOMICILIO: CALI VALLE
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:AV 4 N NRO. 5 N 25
DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL:AV 4 N NRO. 5 N 25
CIUDAD:CALI
MATRICULA MERCANTIL NRO. 29108-4 FECHA MATRICULA : 04 DE AGOSTO DE 1975
DIRECCION ELECTRONICA : jose.tapia@siempre.com.co
DIRECCION WEB : www.siempre.com.co
AFILIADO

CERTIFICA

NIT : 890309577-5

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 4399 DEL 18 DE JULIO DE 1975 NOTARIA SEGUNDA DE CALI INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 04 DE AGOSTO DE 1975 BAJO EL NRO. 13804 DEL LIBRO IX ,SE CONSTITUYO JARDINES DEL DESCANSO S.A.

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 5433 DEL 14 DE OCTUBRE DE 1977 NOTARIA SEGUNDA DE CALI ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 20 DE OCTUBRE DE 1977 BAJO EL NRO. 23655 DEL LIBRO IX ,CAMBIO SU NOMBRE DE JARDINES DEL DESCANSO S.A. . POR EL DE JARDINES DE LA AURORA S.A. .

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 2525 DEL 30 DE DICIEMBRE DE 1999 NOTARIA CUARTA DE CALI ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 30 DE DICIEMBRE DE 1999 BAJO EL NRO. 8787 DEL LIBRO IX ,SE APROBO LA FUSION POR ABSORCION ENTRE (ABSORBENTE) JARDINES DE LA AURORA S.A. Y (ABSORBIDA(S)) JARDINES DE LA AURORA S.A. & CIA S.C.A. .

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 2242 DEL 29 DE JULIO DE 2005 NOTARIA CUARTA DE CALI ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 11 DE AGOSTO DE 2005 BAJO EL NRO. 8938 DEL LIBRO IX ,CAMBIO SU NOMBRE DE JARDINES DE LA AURORA S.A. . POR EL DE SIEMPRE S.A. .

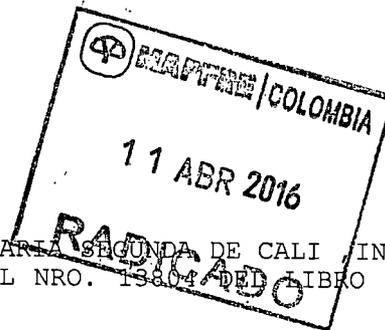
CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 18417 DEL 30 DE DICIEMBRE DE 2013 NOTARIA QUINCE DE MEDELLIN ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 31 DE MARZO DE 2014 BAJO EL NRO. 4546 DEL LIBRO IX ,SE APROBO LA FUSION POR ABSORCION ENTRE (ABSORBENTE) SIEMPRE S.A. Y (ABSORBIDA(S)) MARPATENTES S.A. Y CORVUS S.A.S. .

CERTIFICA

REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA.DOC	ORIGEN	FECHA.INS	NRO.INS	LIBRO
E.P. 1038	25/05/1982	NOTARIA CUARTA DE CALI	31/05/1982	53438	IX
E.P. 2451	07/11/1983	NOTARIA CUARTA DE CALI	25/11/1983	64105	IX





Cámara de Comercio de Cali

CODIGO DE VERIFICACION:0816489GOD

NUMERO DE RADICACION: 20160147368-SAL

FECHA DE IMPRESION: 08 MARZO 2016 08:58 AM

PAGINAS: 2 - 7

E.P. 1987	10/09/1984	NOTARIA CUARTA DE CALI	08/10/1984	71453	IX
E.P. 1640	03/07/1987	NOTARIA CUARTA DE CALI	14/07/1987	94700	IX
E.P. 2692	02/10/1987	NOTARIA CUARTA DE CALI	03/11/1987	2123	IX
E.P. 1026	03/04/1990	NOTARIA CUARTA DE CALI	09/04/1990	27657	IX
E.P. 3673	18/11/1991	NOTARIA CUARTA DE CALI	04/12/1991	47614	IX
E.P. 2291	23/07/1993	NOTARIA CUARTA DE CALI	30/07/1993	68487	IX
E.P. 2765	23/11/1995	NOTARIA CUARTA DE CALI	27/11/1995	9535	IX
E.P. 2525	30/12/1999	NOTARIA CUARTA DE CALI	30/12/1999	8787	IX
E.P. 3180	25/10/2007	NOTARIA CUARTA DE CALI	19/11/2007	12255	IX
E.P. 2014	14/09/2012	NOTARIA SEGUNDA DE CALI	26/09/2012	11532	IX
E.P. 2035	18/09/2012	NOTARIA SEGUNDA DE CALI	26/09/2012	11534	IX
E.P. 18417	30/12/2013	NOTARIA QUINCE DE MEDELLIN	31/03/2014	4546	IX

CERTIFICA

VIGENCIA:18 DE JULIO DEL AÑO 2074

CERTIFICA

OBJETO SOCIAL Y DESARROLLO: LA EMPRESA QUE CONSTITUYE EL OBJETO SOCIETARIO CONSISTE EN: LA PROMOCIÓN, CONSTRUCCIÓN, ORGANIZACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y MANEJO DE JARDINES CEMENTERIOS Y DE ENTIDADES O ESTABLECIMIENTOS QUE DESARROLLEN OBJETIVOS SIMILARES O COMPLEMENTARIOS EN EL TERRITORIO NACIONAL Y EN EXTERIOR AL IGUAL QUE LA REALIZACIÓN DE OPERACIONES DE DESCUENTO DIRECTO, PARA REALIZAR SERVICIOS EXEQUIALES PROVENIENTES DE RECURSOS PROPIOS LÍCITOS.

EN CASO DE DESARROLLARSE EL OBJETIVO PROPUESTO POR LA COMPAÑÍA EN PAÍSES DIFERENTES A COLOMBIA DEBERÁN CUMPLIRSE TODOS LOS REQUISITOS CAMBIARIOS, DE COMERCIO EXTERIOR Y SOBRE INTERNACIONALIZACIÓN DE CAPITALES EXIGIDOS POR LA LEY COLOMBIANA DEL PIS EXTRANJERO Y POR EL DERECHO INTERNACIONAL PRIVADO.

CERTIFICA

LA ADMINISTRACION, REPRESENTACION Y DIRECCION DE LA SOCIEDAD, ESTARA A CARGO DE LOS SIGUIENTES ORGANOS: LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, LA JUNTA DIRECTIVA Y EL GERENTE. COMO ORGANISMO CUYAS FUNCIONES ESTAN SOLAMENTE LIMITADA POR LA LEY, LOS ESTATUTOS Y LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, LA JUNTA DIRECTIVA EJERCE TODAS LAS FUNCIONES TENDIENTES AL APROPIADO DESARROLLO DE LA EMPRESA Y DEL OBJETO SOCIAL POR LO CUAL ESTA INVESTIDA DE LAS ATRIBUCIONES NECESARIAS PARA QUE LA SOCIEDAD CUMPLA LOS FINES PROPUESTOS.

EN ESPECIAL LE CORRESPONDE ENTRE OTRAS: F) APROBAR LOS ACTOS Y CONTRATOS SIN LIMITACIONES DE NINGUNA ESPECIE, PUDIENDO DELEGAR EN EL GERENTE ESTA ATRIBUCION, FIJANDOLE SU CUANTIA. ESTA DELEGACION PODRA EJERCERLA LA JUNTA DIRECTIVA SIN QUE ELLO IMPLIQUE REFORMA ESTATUTARIA.

LA REPRESENTACION LEGAL, EL GOBIERNO Y LA ADMINISTRACION DIRECTA Y PERMANENTE DE LA COMPAÑIA, ESTARAN A CARGO DE UN GERENTE QUIEN PUEDE TENER ADEMÁS EL CARACTER DE ACCIONISTA DE LA SOCIEDAD Y DE MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA. EL GERENTE SERA NOMBRADO POR LA JUNTA DIRECTIVA PARA UN PERIODO DE UN (1) AÑO, PERO PODRA SER REMOVIDO Y REELEGIDO LIBREMENTE POR LA JUNTA.

PARAGRAFO: SUPLENTE: EL GERENTE DE LA COMPAÑIA TENDRA TRES (3) SUPLENTE QUE LO REEMPLAZARAN, CON LAS MISMAS ATRIBUCIONES, EN SUS FALTAS TEMPORALES O ACCIDENTALES, ASI COMO TAMBIEN PARA LOS ACTOS EN LOS CUALES ESTE IMPEDIDO.

EL PRIMER Y SEGUNDO SUPLENTE DEL GERENTE SERA NOMBRADO POR LA JUNTA DIRECTIVA, PARA IGUAL PERIODO Y EN LA MISMA OPORTUNIDAD QUE EL GERENTE GENERAL.

EL CARGO DE TERCER SUPLENTE DEL GERENTE SERA EJERCIDO POR CUALQUIER MIEMBRO PRINCIPAL DE LA JUNTA DIRECTIVA. ENTIENDESE POR FALTA ABSOLUTA DE UN GERENTE, SU MUERTE O



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION:0816489GOD

NUMERO DE RADICACION: 20160147368-SAL

FECHA DE IMPRESION: 08 MARZO 2016 08:58 AM

PAGINAS: 3 - 7

RENUNCIA, Y, EN TALES CASOS, EL SUPLENTE ACTUARA POR EL RESTO DEL PERIODO EN CURSO, SALVO QUE SE PRODUZCA ANTES UN NUEVO NOMBRAMIENTO EN PROPIEDAD.

EL GERENTE EJERCERA LAS SIGUIENTES FUNCIONES SOMETIDO SIEMPRE A LAS DISPOSICIONES DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA: REPRESENTAR JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE A LA COMPANIA, PARA LO PRIMERO, PODRA CONFERIR PODERES CON LA AMPLITUD NECESARIA Y MANDATARIOS JURISDICCIONALES DESISTIR, TRANSIGIR, COMPROMETER Y SUSTITUIR LIBREMENTE. LOS MANDATARIOS PARA LO SEGUNDO, PODRA CONSTITUIR MANDATARIOS ESPECIALES EN LOS CUALES DELEGARA LAS FUNCIONES QUE LE PERMITEN LA LEY Y LOS ESTATUTOS, TODO BAJO LA DIRECTIVA Y VIGILANCIA DE LA JUNTA DIRECTIVA, Y MANEJARA DENTRO DE LAS MAS AMPLIAS FACULTADES, LAS RELACIONES BANCARIAS Y COMERCIALES DE LA COMPANIA.

CERTIFICA

DOCUMENTO: ACTA No. 329 DEL 23 DE JULIO DE 2013

ORIGEN: JUNTA DIRECTIVA

INSCRIPCION: 02 DE SEPTIEMBRE DE 2013 No. 10221 DEL LIBRO IX

FUE(ON) NOMBRADO(S):

SEGUNDO SUPLENTE DEL GERENTE
ESPERANZA ZUÑIGA RUIZ
C.C.31839225

CERTIFICA

DOCUMENTO: ACTA No. 335 DEL 21 DE ENERO DE 2014

ORIGEN: JUNTA DIRECTIVA

INSCRIPCION: 28 DE FEBRERO DE 2014 No. 2835 DEL LIBRO IX

FUE(ON) NOMBRADO(S):

GERENTE
JOSE SIXTO TAPIA GAVIRIA
C.C.16761552

PRIMER SUPLENTE DEL GERENTE
MANUEL ESTEBAN VERGARA FRANCO
C.C.72166982

CERTIFICA

DOCUMENTO: ACTA No. 085 DEL 24 DE MARZO DE 2015

ORIGEN: ASAMBLEA DE ACCIONISTAS

INSCRIPCION: 03 DE JUNIO DE 2015 No. 7713 DEL LIBRO IX

FUE(ON)_NOMBRADO(S)

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES

PRIMER RENGLON
LUIS GUILLERMO ARANGO OSORIO
C.C.3340128



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION:0816489GOD

NUMERO DE RADICACION: 20160147368-SAL

FECHA DE IMPRESION: 08 MARZO 2016 08:58 AM

PAGINAS: 4 - 7

SEGUNDO RENGLON

RODOLFO FERMIN SANTA MARIA PILIEGO
C.C.70552702

TERCER RENGLON

JUAN PABLO MARTINEZ MUSKUS
C.C.80717865

CUARTO RENGLON

JOSE HERNANDO TORRES BOTERO
C.C.2862048

QUINTO RENGLON

OSCAR MONTOYA ESTRADA
C.C.8281947

SUPLENTES

PRIMER RENGLON

GLORIA INES DEL PILAR SANTAMARIA DE LEYVA
C.C.32329207

SEGUNDO RENGLON

ALBERTO DE JESUS VELASQUEZ URIBE
C.C.70066311

TERCER RENGLON

JUAN CAMILO RESTREPO RESTREPO
C.C.8307836

CUARTO RENGLON

JUAN MARTIN MAURICIO TORRES BOTERO
C.C.79140079

QUINTO RENGLON

DIEGO JOSE RIVERA CONCHA
C.C.2858656

CERTIFICA

DOCUMENTO: ACTA No. 078 DEL 15 DE MARZO DE 2011

ORIGEN: ASAMBLEA DE ACCIONISTAS

INSCRIPCION: 27 DE ABRIL DE 2011 No. 4991 DEL LIBRO IX

FUE (RON) NOMBRADO(S):

REVISOR FISCAL

CROWE HORWATH COLOMBIA S.A.

NIT.890309577-5

CERTIFICA

DOCUMENTO: DOCUMENTO PRIVADO DEL 28 DE ABRIL DE 2014

ORIGEN: CROWE HORWATH CO S.A

INSCRIPCION: 28 DE MAYO DE 2014 No. 7308 DEL LIBRO IX



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION:0816489GOD

NUMERO DE RADICACION: 20160147368-SAL

FECHA DE IMPRESION: 08 MARZO 2016 08:58 AM

PAGINAS: 5 - 7

FUE (RON) NOMBRADO(S) :

REVISOR FISCAL PRINCIPAL
ERIKA MARYORY QUINTERO MUÑOZ
C.C.67032845

REVISOR FISCAL SUPLENTE
JULIAN HERMINSUL GAVIRIA CASTILLO
C.C.16941338

CERTIFICA

CAPITAL AUTORIZADO: \$1,660,000,000
NUMERO DE ACCIONES: 1,660,000,000
VALOR NOMINAL: \$1
CAPITAL SUSCRITO: \$1,372,346,620
NUMERO DE ACCIONES: 1,372,346,620
VALOR NOMINAL: \$1
CAPITAL PAGADO: \$1,372,346,620
NUMERO DE ACCIONES: 1,372,346,620
VALOR NOMINAL: \$1

CERTIFICA

DOCUMENTO: DOCUMENTO PRIVADO DEL 26 DE ABRIL DEL 2012
INSCRIPCION: 07 DE MAYO DE 2012 NRO. 5535 DEL LIBRO IX.

CONSTA EL GRUPO EMPRESARIAL:

CONTROLANTE: PREVER S.A.
NIT: 890911585-5
DOMICILIO: MEDELLÍN
NACIONALIDAD: COLOMBIANA
ACTIVIDAD: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXEQUIALES, FUNERARIOS Y AFINES.

CONTROLANTE: PREVER S.A. & CÍA. S.C.A.
DOMICILIO: MEDELLÍN
NACIONALIDAD: COLOMBIANA
ACTIVIDAD: PROMOCIÓN Y EJECUCIÓN DE NEGOCIOS DE DIVERSA ÍNDOLE.

CONTROLADA: SIEMPRE S.A.
NIT: 890309577
DOMICILIO: CALI
NACIONALIDAD: COLOMBIANA
ACTIVIDAD: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXEQUIALES, FUNERARIOS Y AFINES.
PRESUPUESTO: CONTROL CONJUNTO POR PARTE DE PREVER S.A. Y PREVER S.A. & CÍA. S.C.A.

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL
NRO.29109-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: PARQUE CEMENTERIO JARDINES DE LA AURORA
UBICADO EN: -D 51 O 14 240 DE CALI
RENOVO : POR EL AÑO 2015

CERTIFICA





**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION:0816489GOD

NUMERO DE RADICACION: 20160147368-SAL

FECHA DE IMPRESION: 08 MARZO 2016 08:58 AM

PAGINAS: 6 - 7

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL NRO.107375-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: CASA DE FUNERALES LA ERMITA
UBICADO EN: AV 4 N NRO. 5 N 25 DE CALI
RENOVO : POR EL AÑO 2015

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL NRO.119394-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: LA CONSOLACION SERVICIOS FUNERARIOS
UBICADO EN: CRA. 39 NRO. 2A 23 DE CALI
RENOVO : POR EL AÑO 2015

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL NRO.276962-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: PARQUE MEMORIAL LA ERMITA
UBICADO EN: --ANT.CARRETE.CALI YUMBO KM.11 DE YUMBO
FECHA MATRICULA : 15 DE NOVIEMBRE DE 1990
RENOVO : POR EL AÑO 2015

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL NRO.279382-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: SIEMPRE OFICINA CENTRO
UBICADO EN: CL 64N 5BN 146 LOCAL 110G DE CALI
FECHA MATRICULA : 09 DE ENERO DE 1991
RENOVO : POR EL AÑO 2015

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL NRO.297517-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: PARQUE MEMORIAL
UBICADO EN: --ANT CARRT CALI YUMBO KM 11 DE YUMBO
FECHA MATRICULA : 18 DE SEPTIEMBRE DE 1991
RENOVO : POR EL AÑO 2015

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL NRO.616690-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: FUNERARIA LA CONSOLACIÓN
UBICADO EN: CRA. 39 NRO. 2A 15 DE CALI
FECHA MATRICULA : 03 DE SEPTIEMBRE DE 2003
RENOVO : POR EL AÑO 2015

CERTIFICA

QUE LA SOCIEDAD EFECTUO LA RENOVACION DE SU MATRICULA MERCANTIL EL 30 DE MARZO DE 2015

CERTIFICA

QUE NO FIGURAN OTRAS INSCRIPCIONES QUE MODIFIQUEN TOTAL O PARCIALMENTE EL PRESENTE CERTIFICADO.
LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE SU INSCRIPCION, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE DICHO TERMINO NO SEAN OBJETO DE RECURSOS.



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION:0816489GOD

NUMERO DE RADICACION: 20160147368-SAL

FECHA DE IMPRESION: 08 MARZO 2016 08:58 AM

PAGINAS: 7 - 7

LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR, POR UNA SOLA VEZ, SU CONTENIDO INGRESANDO A <http://www.ccc.org.co/registraya/> Y DIGITANDO EL CODIGO DE VERIFICACION QUE SE ENCUENTRA EN EL ENCABEZADO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

EL CERTIFICADO A VALIDAR CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERO EN LAS SEDES O A TRAVES DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CAMARA.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS. RENUENE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V.

DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1.995 Y LA AUTORIZACION IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA FIRMA MECANICA QUE APARECE A CONTINUACION TIENE PLENA VALIDEZ PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES.

DADO EN CALI A LOS 08 DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2016 HORA: 08:58:43 AM

A. M. Z.



285912

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

177556

Tarjeta No.

02/03/2009

Fecha de Expedición

02/12/2008

Fecha de Grado



MARIA EDITH

GOMEZ

66874847

Cédula

VALLE

Consejo Seccional

SANTIAGO DE CALI

Universidad

Hernando Torres Corredor
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

Maria Edith Gomez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.769.693**
RENGIFO MURILLO

APELLIDOS
JOSE MANUEL

NOMBRES

Jose Manuel Rengifo Murillo
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaria 03 del Circulo de Cali
El notario hace constar que este documento es fiel
copia del original que es tenido a la vista
11 MAR 2016
CALLE GADAVIÑO
Notario 03 de Cali

COLOMBIA
11 ABR 2016
RADICADO



FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1967**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

B+
G.S. RH

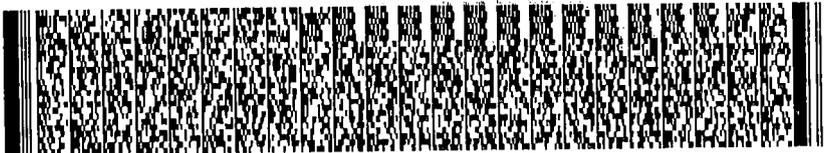
M
SEXO

03-DIC-1987 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00315959-M-0016769693-20110725 0027510132A 1 2731389493

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.761.552
TAPIA GAVIRIA

APELLIDOS
JOSE SIXTO

NOMBRES

FIRMA



MAPFRE | COLOMBIA
11 ABR 2016
RANCOC



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 02-OCT-1968

CALI (VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

O+

G.S. RH

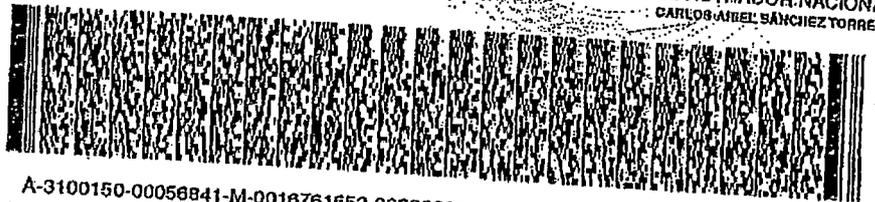
M

SEXO

29-MAY-1987 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00056841-M-0016761552-20080822

0002492667A 1

3260000520

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 66.874.847
GOMEZ

APPELLIDOS
MARIA EDITH



IRMA GOMEZ

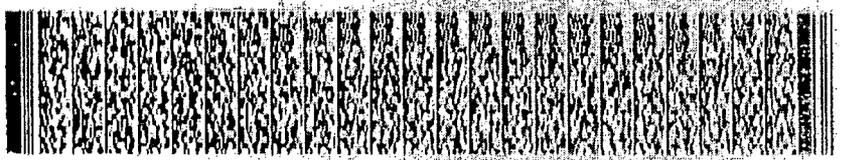
MAPFRE | COLOMBIA
11 ABR 2016
RADICADO



FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1971
CALI (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 A+ F
ESTATURA PESO S. RH. SEXO
27-SEP-1990 CANDELARIA
FECHA Y LUGAR DE EXEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ANTONIO ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3100100-00439740-F-00688741147-20190813 0033411211A2 1052305201

Santiago de Cali, Marzo 01 de 2016
DS-06-21-SSFSC-1144

Señores
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Asunto: Solicitud Inscripción de Registro Civil de Defunción.	
SPOA No. 760016000193201607883	
Nombres	LUIS ALBERTO
Apellidos	RENGIFO FLOREZ
Identificación	C.C No.- 10.542.280 DE POPAYÁN - CAUCA
Natural de	CALI - VALLE DEL CAUCA
Fecha de Nacimiento	19/08/1962
Edad	53 AÑOS
Nombres de los padres	CARMENZA MURILLO DE RENGIFO Y LUIS ENRIQUE RENGIFO
Estado Civil	CASADO
Grado de instrucción	BACHILLER
Profesión	N/A
Ocupación	ESCOLTA DE SEGURIDAD ANDINA
Residencia	CARRERA 47 C No. 47 b - 54 BARRIO MARIANO RAMOS
Teléfono	4028638
Fecha de la muerte	29-02-2016
Manera de la muerte	HOMICIDIO POR ARMA DE FUEGO
Lugar de los hechos	CALI-VALLE DEL CAUCA

Agradezco a ustedes, se sirvan enviar copia del registro al Fiscal Seccional de la Unidad de Reacción Inmediata de Cali, COLOMBIA

Atentamente


ELIZABETH RUIZ
ASISTENTE DE FISCAL II
FISCALIA 19 SECCIONAL
UNIDAD DE REACCION INMEDIATA

11 ABR 2016
RADICADO

Proyecto: **ERUIZ**
Autorizo: **OLGA LUCIA BEDOYA MONTES**

UNIDAD DE REACCION INMEDIATA
CALLE 10 No.6-25 - CALI - VALLE
TELEFAX 6204400
www.fiscalia.gov.co

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES



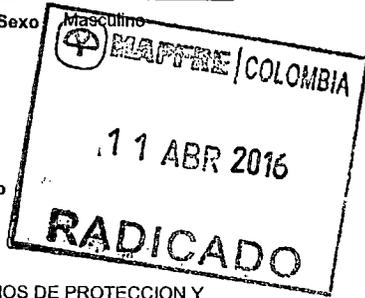
INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE (FURAT)

Reporte No. A89033310531606069490 Fecha Diligenciamiento
Codigo 1430

Fecha Radicacion

I. Información del Empleador.	Nombre o Razón social	Identificación	Tipo Vinculador
	ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE	NT-8903331053	Empleador
	Nombre de la Sede Principal	Actividad económica principal (Decreto 1607/02)	
	CALI	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE	
	Dirección de la sede principal	Municipio	Departamento
	CALLE 47 N 4 B N 85	CALI	VALLE
Zona	Teléfono	Fax	Correo Electrónico
	4860202	4860200	saludocupacional@andinaseguridad.com.co
Centro de Trabajo	Actividad económica centro de trabajo		
3-ESCOLTAS, TECNICOS INSTALADORES			
Dirección del Centro de Trabajo	Municipio	Departamento	
Zona	Teléfono	Fax	Correo Electrónico

II. Información del trabajador al momento del accidente.	Nombres	LUIS ALBERTO	Apellidos	RENGIFO	Sexo	Masculino
	Identificación	CC-10542280	Fecha de Nacimiento	19/08/1962	Tipo Vinculación Laboral	
	EPS	23-CRUZ BLANCA	AFP	2511-COLPENSIONES		
	Dirección Residencia	CLL 46 A # 47 - 80 BARRIO MARIANO RAMOS	Municipio	Seleccione una opción	Departamento	VALLE
	Zona	Urbana	Teléfono	3156655220	Fax	
	Celular	3156655220	Ocupación Habitual (CIUO-88)	5219-PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION Y		
	Fecha de Vinculación	10/01/2015	Jornada habitual de trabajo	Diurno		
	Antigüedad en la ocupación	Meses 180	Días	0	Centro Trabajo Accidente	3-ESCOLTAS, TECNICOS



¿Causó la muerte del trabajador? Si

III. Información sobre el accidente de trabajo (AT)	Fecha Accidente	29/02/2016	Hora HH:MM	01:00	Municipio	Seleccione...	Código Departamento	1 VALLE	Código Zona	76 Urbana	Día Accidente	Lunes	Tiempo laborado antes del AT HH:MM	05:00	
	¿Estaba realizando su labor habitual?	Si	Labor ejecutada en el momento del Accidente												
	Código (CIUO-88)	5219	PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION Y SEGURIDAD NO												
	Mecanismo o forma del accidente.	OTRAS FORMAS DE ACCIDENTE NO CLASIFICADAS		Lugar del accidente.			Jornada de ocurrencia del AT	Normal							
	Sitio del accidente de trabajo	OTROS		Tipo de Accidente de trabajo	VIOLENCIA										
	Tipo de lesión	[*][*]HERIDA		Agente causante de la lesión	[*][*]OTROS APARATOS		Parte del cuerpo aparentemente afectada	[*][*]CABEZA MIEMBROS SUPERIORES							

IV. Descripción del accidente	Nombres y apellidos testigo	Nombres y apellidos responsable	Firma del responsable
		LEO DAN AGREDA TROCHEZ	
	Identificación testigo	Identificación responsable	CC-1118290828
Descripción del Accidente			
EL COLABORADOR PRESTA SERVICIOS DE ESCOLTA PARA EL USUARIO COCA COLA EN EL BARRIO DECEPAZ AL MOMENTO DE LA ENTREGA DE LA MERCANCIA FUERON ATACADOS POR UNA BANDA DE DELINCUENCIA, QUIEN IRRUMPEN EN EL SITIO CON DISPARA DE ARMA DE FUEGO, IMPACTANDO LA HUMANIDAD DEL COLABORADOR QUIEN FUE TRASLADADO POR LA POLICIA AL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO.			



Santiago de Cali, 01 de marzo de 2016



A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el señor (a) **RENGIFO FLOREZ LUIS ALBERTO** identificado con cedula de ciudadanía No. 10542280 laboró en la empresa desde el 10 de Enero de 2015 hasta el 29 de Marzo de 2016, día de su fallecimiento. Desempeñando el cargo de **ESCOLTA**.

Atentamente,

EDINSON JUSTINICO SOSA
Gerente Nacional de Talento Humano



VIGILADO Supervigilancia Resolución 6860 de Septiembre de 2012

CALI / SEDE PRINCIPAL Calle 47 N° 4BN - 85 Tel. (2) 486 0202 • **ARMENIA** Carrera 6 N° 16 - 96 Tel. (6) 745 3982 Cel. 321 799 7832
BOGOTÁ Carrera 47A N° 91 - 56 Tel. (1) 483 6392 - 742 2354 - 742 2355 Cel. 321 799 7745 • **BARRANQUILLA** Carrera 42D N° 90 - 40 Tel. (5) 303 8383 Cel. 318 344 1464
BUENAVENTURA Calle 1A N° 7 - 13 Of. 202 Tel. (2) 241 9892 Cel. 321 799 7831 • **BUCARAMANGA** Calle 53 N° 22 - 21 Barrio La Concordia Tel. (057) 691 4319
BUGA Carrera 10 N° 4 - 20 Tel. (7) 228 7900 Cel. 316 478 4712 • **MANIZALES** Calle 68A N° 28 - 68 Tel. (6) 890 0799 Cel. 318 366 0382
MEDELLÍN Carrera 76A N° 49A - 18 Tel. (4) 604 7050 Cel. 316 799 7792 • **PASTO** Calle 13 N° 36 - 25 Tel. (2) 736 4322 Cel. 321 799 7817
PEREIRA Carrera 16 Bis N° 11 - 80 Tel. (6) 333 7738 - 333 7754 Cel. 321 799 7832 • **POPAYÁN** Calle 4 N° 11 - 52 Tel. (2) 824 2056 Cel. 315 438 1259

www.andinaseguridad.com.co

Rojas Heydy Viviana

De: Manzano Buitrago Danny Rocio
 Enviado el: Jueves, 28 de Abril de 2016 04:20 p.m.
 Para: Rojas Heydy Viviana
 Asunto: RE: FALLECIMIENTO LUIS ALBERTO RENGIFO ANDINA CC 10542280

Importancia: Alta

Buenas tardes Viviana.

Una vez revisada la póliza en el sistema, le confirmo que las pólizas encontradas fueron anuladas por solicitud del Tomador. (adjunto pantallazos)

[1] AC299300 CONSULTA GENERAL DE PÓLIZAS



Póliza: 861 MDA GRUPO. **Consulta Por:** FECHA 15-01-2014 **Situación:** 28-04-2016 ANULADA

1508409008190 / 7 **Póliza Grupo:** 1508409900028 / 554 **Contrato:** 888498

Aplicación: 0 / 0 **F.Emi:** 13-02-2014 **Vig:** 15-10-2013 / 15-10-2014 Sp

Sptos	F.Emi.	Efecto	Vencimie...	Tipo	Prima Total	Interes
0	02-12-2009	15-10-2009	15-10-2010	XX EMISION	60000,00	4800,00
1	28-10-2010	15-10-2010	15-10-2011	RF RENOVACION	60000,00	4800,00
2	31-10-2011	15-10-2011	15-10-2012	RF RENOVACION	60000,00	4800,00
3	08-11-2011	15-10-2011	15-10-2012	RF RENOVACION	-60000,00	-4800,00
4	16-11-2011	15-10-2011	15-10-2012	RF RENOVACION	60000,00	4800,00
5	30-10-2012	15-10-2012	15-10-2013	RF RENOVACION	60000,00	4800,00
6	19-11-2013	15-10-2013	15-10-2014	RF RENOVACION	60000,00	4800,00
7	13-02-2014	15-01-2014	15-10-2014	AT ANULACION	45000,00	3600,00

Fecha de Emision

Motivo... Anulacion a pedido del tomador según listado enviado el 11/02/2014
 ANULACION POR SINIESTRO



Póliza

Consulta Por

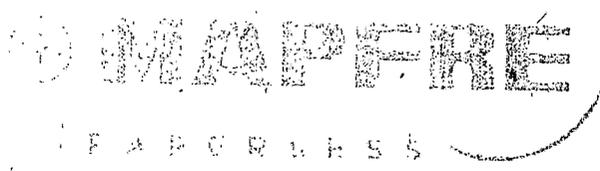
961 MEDIA GRUPO FECHA: 15-03-2015 Situación...: 28-04-2016 ANUL
 1507-15000302 / 1
 Aplicación..... 0 / 0 Póliza Grupo: 1508409900028 / 7134 Contrato: 88498
 F.Emi.....: 01-07-2015 Vig.....: 15-03-2015 / 15-10-2015 Sp

Sptos	F.Emi.	Efecto	Vencimie...	Tipo	Prima Total	Interes
0	17-04-2015	15-03-2015	15-10-2015	XX EMISION	35000,00	2800,00
101	01-07-2015	15-03-2015	15-10-2015	AT ANULACION	-35000,00	-2800,00

Motivo.: Anulacion a pedido del tomador según listado enviado el 25062015
 ANULACION POR SINIESTRO

Cordial Saludo,

DANNY ROCIO MANZANO BUITRAGO
 Suscriptor Vida Colectivo
 Cuentas Corporativas Regional Occidente
 MAPFRE I COLOMBIA
 Cra 80 # 6-71
 76001000 Cali
 Teléfono 57(2) 318.20 00 Ext. 2598
crizanza@mapfre.com.co



De: Rojas Heydy Viviana

Enviado el: Jueves, 28 de Abril de 2016 03:57 p.m.

Para: Manzano Buitrago Danny Rocio

Asunto: FALLECIMIENTO LUIS ALBERTO RENGIFO ANDINA CC 10542280

Hola Dani,

Por favor me ayudas a verificando si el señor antes mencionado se encuentra asegurado para la fecha del fallecimiento, 29/02/16. Ya que en TW no tiene póliza vigente.

Gracias quedo atenta.

Cordialmente,

HEIDY VIVIANA ROJAS

Analista de Indemnizaciones Vida

MAPFRE COLOMBIA

Cra 80 # 6-71

Cali

Telefono 3182000 Ext. 2536

heviroj@mapfre.com.co

Este mensaje, así como los archivos adjuntos son confidenciales, especialmente en lo que respecta a los datos personales, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado y/o autorizado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error, o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, por favor comunicárnoslo de forma inmediata por este medio y proceda a destruirlo o borrarlo. Cualquier utilización, reproducción, alteración, archivo o comunicar a terceros el presente mensaje y archivos anexos, podrá ser considerado ilegal. El presente mensaje se ajusta a lo establecido por las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y demás normas que adicionen, modifiquen o deroguen lo relacionado con este tema.

Este mensaje, así como los archivos adjuntos son confidenciales, especialmente en lo que respecta a los datos personales, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado y/o autorizado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error, o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, por favor comunicárnoslo de forma inmediata por este medio y proceda a destruirlo o borrarlo. Cualquier utilización, reproducción, alteración, archivo o comunicar a terceros el presente mensaje y archivos anexos, podrá ser considerado ilegal. El presente mensaje se ajusta a lo establecido por las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y demás normas que adicionen, modifiquen o deroguen lo relacionado con este tema.

#CUI 262028815

MAPFRE | COLOMBIA

Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

DEVOLVER COPIA
FIRMADA
SEGURIDAD SOCIAL

Señor(a):
LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO
CARRERA 39 N° 48-61
4361162
CALIVALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen

CC: 10542280

Siniestro150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfrearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidades de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,


ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Jailila Solano
31.831.612



#26202883

MAPFRE | COLOMBIA

Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

DEVOLVER COPIA
FIRMADA
SEGURIDAD SOCIAL

Señor(a):
LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA
CARRERA 38 N° 12A-118
3186301070
CALI/VALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen
CC: 10542280
Sinestro150157011600262
Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no está de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidad de Calificaciones Medicas en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,


ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Néstor Raic Graadoblos



#601a 262028816.

MAPFRE | COLOMBIA

Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

DEVOLVER COPIA
FIRMADA
SEGURIDAD SOCIAL

Señor(a):
ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE
CALLE 47N N° 4BN-85 BARRIO LA FLORA
4860202
CALI/VALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen
CC: 10542280

Siniestro: 150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYÉCTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no está de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email Si alguno de los interesados no está de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfrearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidad de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Cordialmente,

ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

ANONIMO DE SEGURIDAD DEL VALLE
NIT. 872.231.04-3
RECIBIDO SUJETO A VERIFICACIÓN
FECHA _____
RECIBE _____
RECIBIDO MAY 2016



#CUIA 762028814.

MAPFRE | COLOMBIA

Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

DEVOLVER COPIA
FIRMADA
SEGURIDAD SOCIAL

Señor(a):
LUZ MARY CHACON REBELLON
CALLE 43 N° 5-16
3185163688
CALI/VALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen
CC: 10542280

Siniestro 150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfrearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidades de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,

ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Luiz Mary Chacon
Luiz Mary Chacon
31846265



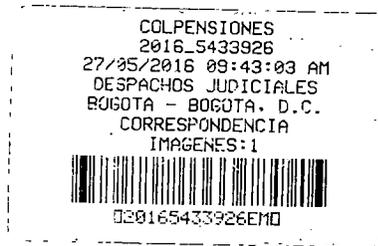
#EUIA 262028818.

servientrega copia 1

MAPFRE | COLOMBIA

Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

Señor(a):
COLPENSIONES
CALLE 73 N° 10 - 70
4890909
BOGOTA/CUNDINAMARCA



DEVOLVER COPIA
FIRMADA
SEGURIDAD SOCIAL

Asunto: Notificación Calificación de Origen
GC: 10542280

Siniestro: 150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfreakl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidades de Calificaciones Médicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

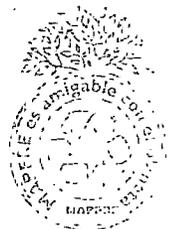
Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral, favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Cordialmente,

ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



#EUIA. 262028817.

MAPFRE | COLOMBIA

Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

Señor(a):
EPS CRUZ BLANCA
CARRERA 7 N° 32-33 PISO 7
6511000
BOGOTA/CUNDINAMARCA



DEVOLVER COPIA
FIRMADA
SEGURIDAD SOCIAL

Asunto: Notificación Calificación de Origen
CC: 10542280

Siniestro150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfrearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidad de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,


ANAMARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

Señor(a):
LADY ESPERANZA HERNANDEZ HERRERA
CARRERA 38 N° 12A-118
3186301070
CALIVALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen

CC: 10542280

Siniestro150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfrearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidad de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS, para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,


ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

Señor(a):
LUZ MARY CHACON REBELLON
CALLE 43 N° 5-16
3185163688
CALI/VALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen

CC: 10542280

Siniestro150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidad de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,



ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

Señor(a):
LUIS ALBERTO RENGIFO VELASCO
CARRERA 39 N° 48-61
4361162
CALI/VALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen

CC: 10542280

Siniestro150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidades de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,

ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

Señor(a):
ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE
CALLE 47N N° 4BN-85 BARRIO LA FLORA
4860202
CALIVALLE

Asunto: Notificación Calificación de Origen

CC: 10542280

Siniestro: 150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfreakl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidad de Calificaciones Médicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Cordialmente,



ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



Bogotá D.C., 26 de mayo de 2016

Señor(a):
EPS CRUZ BLANCA
CARRERA 7 N° 32-33 PISO 7
6511000
BOGOTA/CUNDINAMARCA

Asunto: Notificación Calificación de Origen

CC: 10542280

Siniestro150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfreakl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidades de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con medico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Adjunto encontrará el dictamen y soporte de la calificación.

Cordialmente,

ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



Bogotá D.C, 26 de mayo de 2016

Señor(a):
COLPENSIONES
CALLE 73 N° 10 - 70
4890909
BOGOTA/CUNDINAMARCA

Asunto: Notificación Calificación de Origen

CC: 10542280

Siniestro: 150157011600262

Nombre de paciente: LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ (Q.EP.D)

Respetado(a) Señor(a):

Nos permitimos informarle, que una vez adelantado el proceso de calificación de origen tal como lo establece la legislación vigente. El grupo interdisciplinario de calificación ARL MAPFRE tuvo en cuenta los fundamentos de derecho estableciendo el origen de:

ORIGEN ACCIDENTE DE TRABAJO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con el concepto realizado por el equipo interdisciplinario de Mapfre ARL, deberá solicitar que su caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, enviando carta de no aceptación y copia de documento de identidad por correo electrónico al email recursomapfearl@mapfre.com.co o en su defecto radicando por escrito el documento de no aceptación con copia de documento de identidad en la **Av. Cra. 70 # 99 - 72 Piso 2 área de Unidades de Calificaciones Medicas** en Bogotá, en un término máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de notificación de este dictamen.

Una vez transcurridos los diez (10) días sin que se interponga reclamación o inconformidad por parte de los interesados, el concepto de calificación quedará en firme.

Los costos de los honorarios ante la Junta Regional serán asumidos por MAPFRE Administradora de Riesgos Laborales.

En caso de que el dictamen sea origen laboral favor comunicarse a nuestra línea de atención Mapfre ARL desde Bogotá 3077026 Línea Gratuita a nivel Nacional 018000977025 o desde su celular # 624 para solicitar cita con médico laboral.

En los diagnósticos determinados de origen común deberá remitirse a su EPS para el respectivo tratamiento.

Cordialmente,

ANA MARIA PERDOMO
MEDICO LABORAL
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.



 CALIFICACIÓN DE ORIGEN

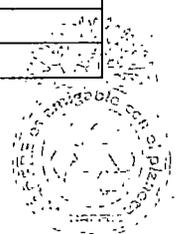
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONCEPTO		Número de dictamen: 538	
Ciudad : BOGOTA		Fecha del concepto: 20/05/2016	
Motivo de la solicitud:	Determinación de PCL	Determinación Origen	X
	Recalificación	Otro:	
ARL: MAPFRE		AFP: COLPENSIONES	
EPS: CRUZ BLANCA		SINIESTRO: 150157011600262	

2. INFORMACION GENERAL DE ARL MAPFRE			
Nombre de la entidad administradora		MAPFRE COLOMBIA ARL	
Dirección	AVENIDA CARRERA 70 N° 99-72. PISO 2	Teléfono	6439600

3. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO										
Apellidos	RENGIFO FLOREZ									
Nombres	LUIS ALBERTO									
Documento de identidad	C.C.	X	T.I.		C.E.		Otro	No. 10542280		
Fecha de Nacimiento	19/08/1962				Edad	53 AÑOS				
Genero	Masculino			X	Femenino					
Estado Civil	Soltero		Casado		Viudo		U.L.	Separado	Otro	
Escolaridad	Primaria		Secunda		Técnico		Unive	Analfabeta	Otro	Sin información
Dirección							Teléfono			

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL AFILIADO			
4.1 Descripción del Cargo Actual			
Empresa	ANDINA DE SEGURIDAD DEL VALLE		
Profesión u Oficio	ESCOLTA		
Denominación del cargo actual			
Antigüedad en la empresa			
Antigüedad en el cargo			
Descripción de las tareas del cargo:			
4.2 ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL			
Empresa	Cargo	Factores de Riesgo Ocupacional a los que esta Expuesto	Tiempo de Exposición

5. FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO MEDICO LABORAL:	
5.1 Relación de documentos	
Tipo	Aportado
FURAT	X
Investigación del AT- empresa	X
Concepto técnico de origen - prevención	X
Historia clínica	



Registro civil de defunción	X
Acta del levantamiento del cadáver	
Protocolo de necropsia	
Otros	X

5.2 Diagnósticos Motivo del concepto medico laboral:	
HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO	MUERTE

5.3. Exámenes diagnósticos e interconsultas	
Tipo de Examen o Interconsulta	Fecha y Resultado
1. NO APLICA	
2.	
3.	

5.4. Análisis de Puesto de Trabajo (mediciones ambientales)
NO APLICA

5.5. Anamnesis

FECHA DEL ACCIDENTE: 29/02/2016

DESCRIPCIÓN DEL FURAT: "EL COLABORADOR PRESTA SERVICIO DE ESCOLTA PARA EL USUARIO COCA COLA EN EL BARRIO DECEPAZ AL MOMENTO DE LA ENTREGA DE LA MERCANCIA FUERON ATACADOS POR UNA BANDA DE DELINCUENCIA, QUIEN IRRUMPEN EN EL SITIO CON DISPARA DE ARMA DE FUEGO, IMPACTANDO LA HUMANIDAD DEL COLABORADOR QUIEN FUE TRASLADADO POR LA POLICIA AL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO."

El concepto técnico de investigación de Accidente de Trabajo realizado el 17 de marzo de 2016 conceptúa que " EL LUNES 29 DE FEBRERO DE 2016 SIENDO LAS 13:30 HORAS EL ESCOLTA LUIS ALBERTO RENGIFO FLOREZ SE ENCONTRABA PRESTANDO EL SERVICIO DE ESCOLTA DE MERCANCÍA A NUESTRO CLIENTE COCA- COLA DE UN CAMIÓN DE REPARTICIÓN A LA ALTURA DEL BARRIO DECEPAZ ENTRE LA CALLE 124 CON CARRERA 25 B ESQUINA EN ESE MOMENTO DELINCUENTES INTENTARON ASALTAR EL VEHÍCULO DE COCACOLA ABRIENDO FUEGO CONTRA EL SR LUIS ALBERTO RENGIFO QUIEN RECIBIÓ IMPACTOS EN LA MANO Y HOMBRO DERECHO EL CUAL LO DERRIBA POSTERIORMENTE EL DELINCUENTE SE ACERCO PROPINÁNDOLE UN TIRO DE GRACIA EN EL ROSTRO A LA ALTURA DE SU OJO DERECHO. LOS OTROS DELINCUENTES HUYERON DEL LUGAR LLEVÁNDOSE EL ARMA DE DOTACIÓN DEL ESCOLTA UN REVOLVER LLAMA CALIBRE 32 L CON NUMERO DE SERIE IM9355W DESPUÉS LO AGENTES DE POLICÍA HACEN PRESENCIA EN EL LUGAR REALIZANDO EL TRASLADO DEL COLABORADOR HASTA EL HOSPITAL CARLOS HOLMES EN EL CUAL CONFIRMAN SU MUERTE."

5.6 ANTECEDENTES MÉDICOS



Médicos: N/A
 Quirúrgicos: N/A
 Tóxicos alérgicos: N/A
 Farmacológicos: N/A
 Traumáticos: N/A
 Familiares: N/A
 Extra laborales: N/A

5.7. Examen Físico: N/A							
PESO: (Kg)		TALLA: (mts)		IMC		TA (mmHg)	
FC (xmin)		FR (xmin)			Diestro		Zurdo
No aplica							

6. CONCLUSION

TENIENDO EN CUENTA:
 El FURAT, el concepto técnico de origen y las entrevistas realizadas evidenciaron que lo sucedido al trabajador corresponde a accidente de trabajo.

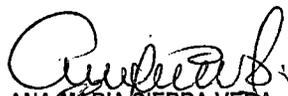
7. CALIFICACION ORIGEN

DIAGNÓSTICO: HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, MUERTE
ORIGEN: ACCIDENTE DE TRABAJO

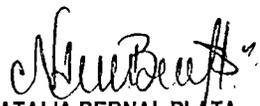
FIRMAS GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE CALIFICACION ARL MAPFRE



ANA MARIA PERDOMO
 MD. Esp. Medicina del trabajo
 REGISTRO MEDICO 91915/2001
 LICENCIA DE S.O. 5114-2008



ANA MARIA SIERRA VEGA
 MD. Esp. Medicina Física y Rehabilitación
 REGISTRO MEDICO 1773-04
 LICENCIA DE S.O. 8528-2011



NATALIA BERNAL PLATA
 Terapeuta física
 LICENCIA DE S.O. 1422-2014





MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

NIT. 830-054-904-

HACE CONSTAR QUE:

El señor Rengifo Velasco Luis Alberto, identificado con el número de cédula de ciudadanía 1,130,605,526 y domiciliado en la ciudad de Cali. - Valle, se encuentra pensionado por SOBREVIVENCIA VITALICIA POR RIESGO PROFESIONAL, en la modalidad de Renta Vitalicia Inmediata, desde el mes de julio del año 2022, fecha desde la cual MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. es el responsable del pago de la mesada pensional en los términos determinados en la regulación aplicable.

CONCEPTO	DETALLE	MONTO MENSUAL
Ingreso	Pensión por Supervivencia Vitalicia Por Riesgo Profesional	\$ 1,300,000
Aportes	Aportes obligatorios a salud	\$ 52,000
	Aportes obligatorios a pensión	\$ 0
	Aportes a cajas de compensación	\$ 0
Descuentos	Otros descuentos	\$

La presente constancia se expide a solicitud del pensionado, en Bogotá D. C., a los trece días del mes de junio de 2024.

FIRMA AUTORIZADA

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.