



SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ <soniabaquerop@gmail.com>

DOCUMENTOS PARA PAGO DE SUMA CONCILIADA/RAD.2020-00521

SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ <soniabaquerop@gmail.com>
Para: Daniel Lozano Villota <dlozano@gha.com.co>
CC: MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ <mcagudelo@gha.com.co>

20 de abril de 2024, 6:42 p.m.

Villavicencio, 20 de abril de 2024

Señores

LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

E. S. D.

ASUNTO : **SOPORTES PARA TRÁMITE DE PAGO**
ACTA AUDIENCIA INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO
PROCESO : RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE : CONSTANZA ZAMBRANO MENESES
DEMANDADOS : JULIO CESAR IPUZ MEDINA, WILLIAM PIÑEROS PIÑEROS,
COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL HUILA LTDA -
COOTRANSHUILA, EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
RADICADO : 11001400301720200052100

SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ, en mi calidad de apoderada de la parte Demandante, conforme al ACTA AUDIENCIA INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO, para el trámite y fines pertinentes de pago dentro de veinte (20) días, me permito allegar los siguientes documentos:

ANEXOS:

1. Acta Audiencia Instrucción Y Juzgamiento
2. Certificación Bancaria, Cédula de Ciudadanía, Formulario de conocimiento, autorización pago por transferencia electrónica, debidamente diligenciado y firmado por la señora Constanza Zambrano Meneses, por la suma de \$ 24.500.000
3. Certificación Bancaria, Cédula de Ciudadanía, Formulario de conocimiento, autorización pago por transferencia electrónica, debidamente diligenciado y firmado por la suscrita Sonia Patricia Baquero Pérez, por la suma de \$ 10.500.000
4. Certificado de archivo de proceso penal emitido por la Fiscalía

Atentamente,

SONIA PATRICIA BAQUERO PÉREZ
C.C. No. 40.391.888 de Villavicencio
T.P. No. 110.411 del C. S. de la J.

SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ - ABOGADA ESPECIALIZADA
Carrera 33 No. 36 - 29 Oficina 209 Edificio Pasadena Plaza, Villavicencio - Meta
Cel. 320 840 14 25

[Texto citado oculto]

Not Found**Error 404**



Villavicencio, 20 de abril de 2024

SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ
Abogada Especializada

Señores

LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

E. S. D.

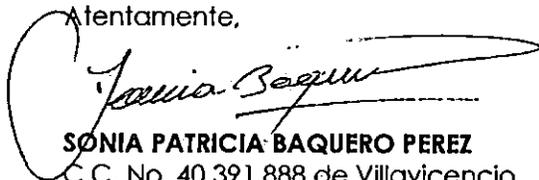
ASUNTO : **SOPORTES PARA TRÁMITE DE PAGO**
ACTA AUDIENCIA INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO
PROCESO : RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE : CONSTANZA ZAMBRANO MENESES
DEMANDADOS : JULIO CESAR IPUZ MEDINA, WILLIAM PIÑEROS PIÑEROS,
COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL HUILA LTDA –
COOTRANSHUILA, EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
RADICADO : 11001400301720200052100

SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ, en mi calidad de apoderada de la parte Demandante, conforme al ACTA AUDIENCIA INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO, para el trámite y fines pertinentes de pago dentro de veinte (20) días, me permito allegar los siguientes documentos:

ANEXOS:

1. Acta Audiencia Instrucción Y Juzgamiento
2. Certificación Bancaria, Cédula de Ciudadanía, Formulario de conocimiento, autorización pago por transferencia electrónica, debidamente diligenciado y firmado por la señora Constanza Zambrano Meneses, por la suma de \$ 24.500.000
3. Certificación Bancaria, Cédula de Ciudadanía, Formulario de conocimiento, autorización pago por transferencia electrónica, debidamente diligenciado y firmado por la suscrita Sonia Patricia Baquero Pérez, por la suma de \$ 10.500.000
4. Certificado de archivo de proceso penal emitido por la Fiscalía

Atentamente,



SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ
C.C. No. 40.391.888 de Villavicencio
T.P. No. 110.411 del C. S. de la J.

Página 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DIECISIETE (17) CIVIL MUNICIPAL

Cra. 10 n° 14-33 Piso 7 Edificio Hernando Morales Molina
Tel. 3532666 Ext. 70317 Email: cempl17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá, D.C., Catorce (14) de Marzo de Dos Mil Veinticuatro (2024).

AUDIENCIA INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO

ART 373 C.G.P

(Continuación)

RADICACIÓN

110014003017202000521 00

DEMANDANTE: CONSTANZA ZAMBRANO MENESES

APODERADA: SONIA PATRICIA BAQUERO PÉREZ

DEMANDADO: JULIO CESAR IPUZ MEDINA

APODERADO: CARLOS ALFONSO VARGAS OSPINA

DEMANDADO: WILLIAM PIÑEROS PIÑEROS

APODERADO: CARLOS ALFONSO VARGAS OSPINA

DEMANDADA: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL HUILA LTDA
- COOTRANSHUILA

APODERADO: RICARDO MONCALEANO PERDOMO

DEMANDADA: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

APODERADO: DANIEL LOZANO VILLOTA

HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACIÓN
3: 00 pm	3: 28 pm

ACTUACION CUMPLIDA

I. CUESTIÓN PREVIA (3:00 pm – 3:02 pm)

Procede el Despacho a dar curso a la documental militante en Pdf 86 y que refiere a la manifestación del abogado Gustavo Alberto Herrera Ávila en su condición de apoderado de la parte demandada, la Equidad Seguros Generales O.C., en el que manifiesta que sustituye poder al Dr. Daniel Lozano Villota, identificado con la C.C. No. 1.085.332.549, portador de la T. P. No. 355.801 del C.S. de la J., a quien el despacho le reconoce personería adjetiva para actuar a partir de la presente vista en los términos del mandato conferido, en representación de la mentada compañía de seguros.

II. VERIFICACIÓN Y PRESENTACION DE LOS ASISTENTES (3:02 pm – 3:05 pm)

III. ALEGATOS DE CONCLUSION. (3:06 pm – 3:28 pm)

CONCILIACIÓN

Comoquiera que las partes zanjaron sus diferencias en este proceso y al encontrarse ajustada a derecho la conciliación a la que han llegado, el JUZGADO DIECISIETE CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ, **Resuelve:**

1.- APROBAR el acuerdo conciliatorio celebrado entre la señora CONSTANZA ZAMBRANO MENESES en su calidad de parte actora y

representada judicialmente por la abogada SONIA PATRICIA BAQUERO PÉREZ y por otra parte la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. actuando por medio de su apoderado judicial DANIEL LOZANO VILLOTA.

Acuerdo este que no fue objetado por los apoderados judiciales de JULIO CESAR IPUZ MEDINA, WILLIAM PIÑEROS PIÑEROS y la COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL HUILA – COOTRANSHUILA.

El acuerdo conciliatorio consiste en lo siguiente:

- a) Equidad Seguros Generales reconocerá la suma de treinta y cinco millos de pesos (\$35.000.0000) en favor de la parte actora, el cual deberá ser fraccionado en los siguientes valores: veinticuatro millones quintos mil pesos (\$24.500.000) a favor de la actora Constanza Zambrano Meneses y, diez millones quintos mil pesos (\$10.500.000) en favor de la abogada Sonia Patricia Baquero Pérez, los cuales serán pagados a través de transferencia bancaria.
- b) La parte demandante y su apoderada judicial deberán remitir a la aseguradora los documentos que les fueron requeridos a las direcciones físicas y electrónicas suministradas en esta audiencia, documentación tal como lo son las copias de documentos de identidad, las certificaciones bancarias con la vigencia indicada y el diligenciamiento de los formularios respectivos.
- c) La aseguradora efectuará el pago de las sumas antes descritas, dentro del término de los 20 días hábiles siguientes a la entrega de la documentación requerida.
- d) La parte demandante en su calidad de víctima, deberá radicar ante la Fiscalía General de la Nación, desistimiento de toda pretensión dentro del proceso que cursa en dicha entidad, documento que deberá militar dentro de este expediente.

2.- Como consecuencia de lo anterior, se da por terminado el proceso de Responsabilidad Civil Contractual por Accidente de Tránsito instaurado por CONSTANZA ZAMBRANO MENESES en contra de JULIO CESAR IPUZ MEDINA, WILLIAM PIÑEROS PIÑEROS, la COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL HUILA – COOTRANSHUILA y EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

3.- La presente acta hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo.

No siendo otro el motivo de la presente diligencia se da por terminada siendo las 3:28 pm.

Secretaria proceda de conformidad y expida copia del acuerdo conciliatorio.

MILENA CECILIA DUQUE GUZMÁN
JUEZ

Firmado Por:
Milena Cecilia Duque Guzman
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 017

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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

Código de verificación: a2b2c5751d11bf58a3244c097fa5c814ee8f48a892c38aa87799bfe415668f9

Documento generado en 16/03/2024 02:13:56 PM

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

Referencia Bancaria

Viernes, 19 de abril de 2024

A QUIEN PUEDA INTERESAR,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CONSTANZA ZÁMBRANO MENESES Identificado(a) con CC 36.286.837, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84466523614	2024/04/19	ACTIVA

* **Importante** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla Local: (57-5) 361 88 88 - Cali Local: (57-2) 654 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 800 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA
villavicencio - Of. 2da Primavera
Asesor de servicios No 152
Cédula No. 9038725

le estamos poniendo el alma



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36:286.837
ZAMBRANO MENESES
APELLIDOS
CONSTANZA



FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1976
MILAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-NOV-1998 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACUA



A 4401700-028-2160 F-0050286837-23170815 0057082924A.1 9910097391



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

Fecha Diligenciamiento: 20-06-2024 Ciudad: Sucursal:

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACION SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERA CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

CLASE DE VINCULACION: Tomador [] Asegurado [] Beneficiario [] Afianzado [] Proveedor [] Intermediario [] Otro []

INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACION DEL PRODUCTO):

Tomador-Asegurado Familiar [] Comercial [] Laboral [] Otra [] Cual []
Tomador-Beneficiario Familiar [] Comercial [] Laboral [] Otra [] Cual []
Asegurado-Beneficiario Familiar [] Comercial [] Laboral [] Otra [] Cual []

INFORMACION BASICA

PRIMER APELLIDO: Zambrano SEGUNDO APELLIDO: Meneses NOMBRES: Constanza

TIPO DE DOCUMENTO: CC NUMERO: 36.286.837 FECHA DE EXPEDICION: 07-11-1996 LUGAR DE EXPEDICION: Pitalito

FECHA DE NACIMIENTO: 22-10-1996 LUGAR DE NACIMIENTO: Milan NACIONALIDAD: Colombiana NACIONALIDAD 2:

MAIL: menesesconstanza@gmail.com DIRECCION (Residencia): calle 2 B 28 C-28 CIUDAD: Villavicencio

DEPARTAMENTO: Meta TELEFONO: CELULAR: 3117478090

SECTOR: Publico CIU (cod): TIPO DE ACTIVIDAD: Salud CUIR?: Ciudadana

CUPACION: Enfermera CARGO: EMPRESA DONDE TRABAJA:

CIUDAD: Villavicencio DIRECCION (Oficina): SU 2 B 28 C-38 DEPARTAMENTO: Meta

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

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 2.500.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) 7.300.000

ACTIVOS (Pesos) 0 PASIVO (Pesos) 20.000.000

NETO (Activos-Pasivos Pesos) -20.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos)

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES

Es usted una Persona Expuesta Públicamente? SI [] NO [X] Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI [] NO [X]

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI [] NO [X]

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES? SI [] NO [X] Indique:

2. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que: Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): origen de Fondos: Ciudadana adulto mayor

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [] NO [X] CUAL

POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI [] NO [X] POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI [] NO [X]

Table with columns: TIPO DE PRODUCTO, IDENTIFICACION O NUMERO DE PRODUCTO, CANTIDAD, MONEDA, CIUDAD, PAIS, REGIONES

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016. ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 574 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI NO

Nº	NOMBRE	COMPANIA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLAUSULA DE AUTORIZACION

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad) declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

- a. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
- b. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 1. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 2. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 3. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 4. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 5. El control y la prevención del fraude.
 6. La liquidación y pago de siniestros.
 7. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 8. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
- c. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
- d. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
- e. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de Información a las o las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- f. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
- g. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 1. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se egare o formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 1. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 2. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 3. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 4. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelanta gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 5. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
 6. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) de numeral 4 de este apartado.
 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
 8. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
 9. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
 10. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
 11. Que el responsable del tratamiento de la Información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
 12. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
 13. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

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

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



equidad
seguros

seguradora cooperativa con sentido social

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA			
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/> INTERMEDIAR: <input type="checkbox"/> OT: <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE		NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:	
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			
NOMBRES: <u>Constantin</u>		PRIMER APELLIDO: <u>Zambrano</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Martinez</u>
TPO DE IDENTIFICACION: <u>CC</u>	NÚMERO: <u>36286837</u>	FECHA EXPEDICION: <u>07-11-99</u>	CIUDAD EXPEDICION: <u>Medellin</u>
DIRECCION: <u>Calle 7B 280-38 b. Acero Lima</u>	CIUDAD: <u>Medellin</u>	DEPARTAMENTO: <u>Medellin</u>	
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR: <u>3117446090</u>	
Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:			
CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS			
NÚMERO DE CUENTA: <u>2946687344</u>		CORRIENTE: <input type="checkbox"/> AJUSTADOS: <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO:
BANCO: <u>Bancolombia</u>		CIUDAD: <u>Medellin</u>	
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS			
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	FBX	EXTENSION	FAX
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	FBX	EXTENSION	FAX
Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:			
Email: <u>mandycostra292@gmail.com</u>			
En constancia se firma en _____ a los <u>09</u> del mes de <u>abril</u> de <u>2024</u>			
Firma del Representante Legal y Sello		Firma y Cédula Persona Natural	
		<u>CC. 36286837</u>	



La Equidad Seguros O.C.
Cooperativa de Seguros



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

VILLAVICENCIO,
META,
COLOMBIA,
A quién interese

20/04/2024

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía número 40391888**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **096470006949**
Fecha de apertura **30/10/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.391.888

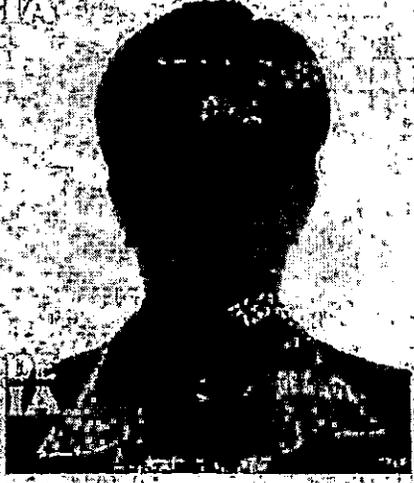
BAQUERO PEREZ

APELLIDOS

SONIA PATRICIA

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1971

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

B+

F

ESTATURA

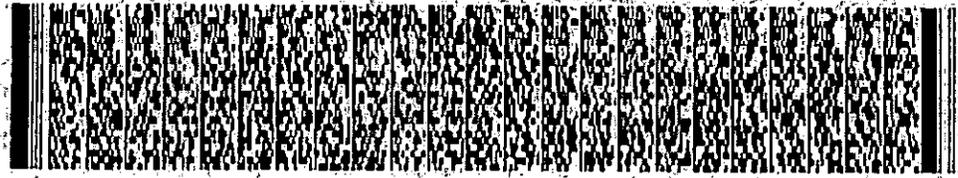
G.S. RH.

SEXO

24-MAY-1989 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5200100-00275133-F-0040391888-20110103-0025393328A 1. 35326966



**REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL**

**CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO**



NOMBRES:
SONIA PATRICIA

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

APELLIDOS:
BAQUERO PEREZ

MAX ALEJANDRO FLOREZ RODRIGUEZ

Sonia Baquero

UNIVERSIDAD
CORP U. DEL META

FECHA DE GRADO
15/08/2001

CONSEJO SECCIONAL
META

CEDULA
40391888

FECHA DE EXPIRACION
11/10/2001

TARJETA N°
110411

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

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

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIA OT CUAL: _____

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

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: **SONIA PATRICIA** PRIMER APELLIDO: **BAQUERO** SEGUNDO APELLIDO: **PEREZ**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC** NÚMERO: **40.391.888** FECHA EXPEDICIÓN: **24-May-1989** CIUDAD EXPEDICIÓN: **Villavicencio**

DIRECCIÓN: **Cra. 33 #36-29 Of. 209** CIUDAD: **Villavicencio** DEPARTAMENTO: **Meta**

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: **3208401425**

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

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: **096470006949** CORRIENTE AHORROS CÓDIGO DEL BANCO: _____

BANCO: **Daviuvienda** SUCURSAL: **V/cio** CIUDAD: **V/cio**

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

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

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

Email: **soniabaquero@gmail.com**

En constancia se firma en **Villavicencio** a los **20** del mes de **Abril** de **2024**

Firma del Representante Legal y Sello: _____
 Firma y Cédula Persona Natural: **Juan Baquero**
C.E. 40.391.888 V/cio

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

iCR3600LF
10/10/2018
16:49:26
Pie R
AP
Series: 1
Instance: 1

CLINICA CENTAUROS SERVIMEDIOCS SAS
1121871801
PEÑA RAMIREZ^JORGE
01/01/2018

F
009M

Image Size: 2148 x 1768
View Size: 2640 x 2640
Zoom: 123 Angle: 0



AP
FOOT
CE:

WW 18156 : WC 56544

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

Fecha Diligenciamiento: 20-Abr-2024 Ciudad: Villavicencio Sucursal: _____

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Asegurado-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: BAQUERO SEGUNDO APELLIDO: PEREZ NOMBRES: SONIA PATRICIA
 TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 40.391.888 FECHA DE EXPEDICIÓN: 24-May-1989 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Villavicencio
 FECHA DE NACIMIENTO: 20/03/1971 LUGAR DE NACIMIENTO: Vico NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: Soniabaquero@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Carrera 33 # 36-29 CIUDAD: Villavicencio
 DEPARTAMENTO: Meta TELÉFONO: _____ CELULAR: 3208401425
 SECTOR: Privado CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: Jurídica ¿Cual?: Abogada.
 OCUPACIÓN: Abogada CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
 CIUDAD: Villavicencio DIRECCIÓN (Oficina): Cra. 33 # 36-29 of. 209 DEPARTAMENTO: Meta
 TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____
 ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): Independiente
 INGRESOS MENSUALES (Pesos) 6.000.000⁰⁰ EGRESOS MENSUALES (Pesos) 2.500.000
 ACTIVOS (Pesos) 552.848.000⁰⁰ PASIVO (Pesos) 5.154.000
 PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) 547.694.000⁰⁰ OTROS INGRESOS (Pesos) _____
 CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI NO Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Asesorías jurídicas.

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento Únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
3. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
4. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
5. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
6. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
7. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
8. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
9. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
10. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
11. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
12. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
13. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
14. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
15. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

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

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

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

[Handwritten Signature]
 FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dáctilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
 Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la Entrevista: _____
 Observaciones: _____
 Nombre del Intermediario: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO
 Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de Confirmación: _____
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____
 Firma: _____
 Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

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

*Vínculo/Relación

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



SERVIMEDICOS S. A. S.
800,162,035

ORIGINAL
FOLIO 01000002

FORMULACION URGENCIAS

Imprime:JVRR 20180917 18:01 TRIAGE 3

PAG.1

Fecha: Sep. 17/2018 Hora: 17:51 Regimen:CONTRIBUTIVO Fact:T007592 HAB
Nombre: PEÑA RAMIREZ JORGE LUIS CC 1,121,871,801 Grp sang=O Rh=+
Edad: A027 F.Nac:1990/11/23 Sexo:Masc E.Civil:SOLTERO Dir:CARRERA12NUMERO18-21 LA CUNCIA VILLAVICENCIO
Entidad: SEGUROS DEL ESTADO S.A. OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION TEL:3142865530
Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: CBH550-500010118001

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Neurologia	873333 RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL <u>EN 4 SEMANAS</u>		1.0
	Dx/ S922		

Dr. José Vicente Rey
Ortopedia y Traumatología
C.C. 17.323.523
E.N. 4728 031

DR. JOSE VICENTE REY Id: 17,323,523 REG:577 ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 72 HORAS Tipo Afil:SIN DETERMINAR



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR BENEFICIARIO INTERMEDIAR OT CUAL: _____

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

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA
DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO
TELÉFONOS	FAX	CELULAR

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: SONIA PATRICIA	NIT	TELÉFONO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO: 40391888	CITY DE EMISIÓN
DIRECCIÓN: Cra. 90 N° 99-07		DEPARTAMENTO
TELÉFONOS	FAX	CELULAR: 3206701425

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

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 6964700067449	CORRENTE <input type="checkbox"/> AHORRO <input checked="" type="checkbox"/> M	CÓDIGO DE BANCO
BANCO: Davivienda	CENTRAL <input checked="" type="checkbox"/> VICE	BURÓ V/eto

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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

En conformidad con el artículo 15 del Estatuto de la Cooperativa, autorizo a la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

Firma del Representante Legal y Sello _____
 Firma y Cédula Persona Natural **C.E. 40.391.888 V/da**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Fecha Diligenciamiento: 20-Abr-2024 Ciudad: Villavicencio Sucursal: _____

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Asegurado-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: BAQUERO SEGUNDO APELLIDO: PEREZ NOMBRES: SONIA PATRICIA

TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 40.391.888 FECHA DE EXPEDICIÓN: 24-May-1989 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Villavicencio

FECHA DE NACIMIENTO: 20/03/1971 LUGAR DE NACIMIENTO: Vico NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: Soniabaquero@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Carrera 33 # 36-29 CIUDAD: Villavicencio

DEPARTAMENTO: Meta TELÉFONO: _____ CELULAR: 3208401425

SECTOR: Privado CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: Jurídica ¿Cual?: Abogada.

OCUPACIÓN: Abogada CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

CIUDAD: Villavicencio DIRECCIÓN (Oficina): Cra. 33 # 36-29 of. 209 DEPARTAMENTO: Meta

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

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 6.000.000⁰⁰ EGRESOS MENSUALES (Pesos) 2.500.000

ACTIVOS (Pesos) 552.848.000⁰⁰ PASIVO (Pesos) 5.154.000

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) 547.694.000⁰⁰ OTROS INGRESOS (Pesos) _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Asesorías jurídicas.

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento Únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - n. Para el envío de las modificaciones en la póliza de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Crá 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

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

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

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

[Handwritten Signature]

 FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dáctilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
 Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la Entrevista: _____
 Observaciones: _____
 Nombre del Intermediario: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO
 Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de Confirmación: _____
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____
 Firma: _____
 Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

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

*Vinculo/Relación

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

 FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN	PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN	Código: FGN-20-F-12
	CERTIFICACION	Versión: 01 Página 1 de 1

**LA FISCALIA 23 LOCAL DE GIGANTE – HUILA
CERTIFICA:**

QUE EN ESTA FISCALIA SE ADELANTO INVESTIGACION PENAL PUESTA EN CONOCIMIENTO MEDIANTE INFORME DE POLICIA DE VIGILANCIA, POR EL PRESUNTO DELITO DE LESIONES PERSONALES CULPOSAS, LA CUAL CURSÓ BAJO EL RADICADO NO. 413066000592201800230, EN AVERIGUACIÓN DE RESPONSABLES, LA CUAL EL PASADO 19/12/2018, SE ARCHIVO POR EXTINCION DE LA ACCION PENAL POR CADUCIDAD DE LA QUERELLA Y FALTA DE INTERES DE LA VICTIMA.

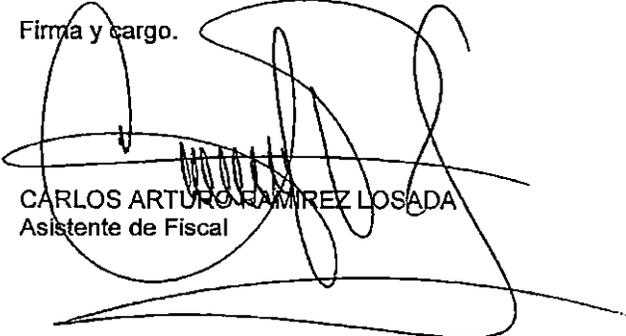
LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO DOCTORA SONIA PATRICA BAQUERO PEREZ COMO APODERADA DE LA SEÑORA CONSTANZA ZAMBRANO MENESES, CON EL UNICO FIN DE PRESENTAR LA RECLAMACION ANTE LA ASEGURADORA EQUIDAD SEGUROS OC.

CON LA PRESENTE CONSTANCIA SE DA TOTAL RESPUESTA A SU OFICIO RECIBIDO POR ESTA DELEGADA EL 14/04/2020, SIENDO LAS 09:50 DE LA MAÑANA, ES DE ANOTAR QUE A DICHA SOLICITUD YA SE LA HABIA DADO RESPUESTA CON OFICIO NO. DS 20-21-F23L115 DE FECHA 14/04/2020.

4. Datos del servidor:

Nombres y apellidos		CARLOS ARTURO RAMIREZ LOSADA	
Dirección	CALLE 3 NO. 3-79	Oficina:	
Departamento:	HUILA	Municipio:	GIGANTE
Teléfono:	8325594	Correo electrónico:	Carlos.ramirezl@fiscalia.gov.co
Unidad	LOCAL	No. de Fiscalía VEITITRES	

Firma y cargo.



CARLOS ARTURO RAMIREZ LOSADA
Asistente de Fiscal



República Boliviana de Venezuela B.O.A. Nº 19.000.000.017 de 02 de 08 de 08
Atención al usuario: (0212) 911.1111 - correo: usuarios@fiscalia.gob.ve

472

Destinatario	Remite
Nombre: SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ Dirección: 36-29 OFICINA PASADENA PLAZA CALLE VILLAVICENCIO META Código postal: 504000 Fecha emisión: 14/04/2020 16:38:19	Nombre: SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ Dirección: 36-29 OFICINA PASADENA PLAZA CALLE VILLAVICENCIO META Código postal: 504000 Fecha emisión: 14/04/2020 16:38:19

20-21 – F23L 115
ante, Abril 14 de 2020

Actora:
SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ
Carrera 33 No. 36-29 Oficina 209 Edificio Pasadena Plaza
Villavicencio – Meta

Asunto: Respuesta a su oficio recibido por esta delegada el
14/04/2020.

Con el fin de dar respuesta a su derecho de petición recibido por esta delegada el pasado 14/04/2020, le informo que ante la situación que está viviendo el país, respecto a la pandemia COVID-19, en el momento nos encontramos laborando en casa, por lo que no es posible remitir las copias solicitadas por usted.

Por lo anterior, le comunico que en el momento en que todo esto pase con mucho gusto se concede lo peticionado, siempre y cuando se acerque hasta este despacho para que las mismas las saque a sus costas, o en su defecto darnos un correo electrónico para escanearlas y remitírselas.

Cordialmente,

CARLOS ARTURO RAMIREZ LOSADA
Asistente de Fiscal

472
 Devolucion 1032 500

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A. RUT 900.052.917-9

CORREO CERTIFICADO NACIONAL
 Centro Operativo: PO.NEVA Fecha Pro-Administrac: 14/04/2020 10:30:19
 Orden de servicio: 13438460

RA258805360C0

Remitente	Nombre/Razón Social: FISCALIA GENERAL DE LA NACION - FiscoEa 23 Local	Causal Devoluciones:	
	Dirección: Calz SA # 9-47 NTTC.C/TL800182703	<input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> No existe <input type="checkbox"/> No existe <input type="checkbox"/> No reclamado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Dirección errada	<input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> No contactado <input type="checkbox"/> Falzudo <input type="checkbox"/> Apartado Clausurado <input type="checkbox"/> Fuerza Mayor
Referencia:	Teléfono: 8325594 Código Postal:	Firma nombre y/o sello de quien recibe:	
Ciudad: GIGANTE	Depto: HÉILA Código Operativo: 4000018	C.C. Tar. Hora:	
Destinatario	Nombre/Razón Social: SONIA PATRICIA BAQUERO PEREZ	Fecha de entrega: 2020-04-16	
	Dirección: CR 33 38 28 OP. 209 EDIF. PASADENA PLAZA	Distribuidor: <i>Steelewar V.</i>	
	Tel: Código Postal: 500008128 Código Operativo: 1032500	C.C. Tar. Hora:	
	Ciudad: VILLAVICENCIO_META Depto: META	Gestión de entrega: 16/04/20	
Verificables	Peso Físico(gm): 200 Dica Contener: EDIFICIO	Observaciones del cliente: GR.S	
	Peso Volumétrico(gm): 0	Observaciones del cliente: ALCALDIA	
	Peso Paclurado(gm): 200	Gestión de entrega: 16/04/20	
	Valor Declarado: 0	Tar. Hora: 12:07:20	
	Valor Flete: \$7.500		
	Costo de manejo: 0		
	Valor Total: \$7.500		

40560451832500RA258805360C0

PO.NEVA 4006
 SUR 015

472

Motivos de Devolución:	<input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> No existe <input type="checkbox"/> No reclamado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Dirección errada <input type="checkbox"/> No contactado <input type="checkbox"/> Falzudo <input type="checkbox"/> Apartado Clausurado <input type="checkbox"/> Fuerza Mayor
Fecha:	16/04/20
Nombre del distribuidor:	Steelewar Villavicencio
C.C. Centro de Distribución:	21-025768
Observaciones:	EDIFICIO GR.S ALCALDIA