

Señores,

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

Asunto: Autorización de pago.

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía numero 66.916.332, MARIA OFIR FERNANDEZ FLOREZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 29.219.803, KAREN ANDREA SILDARRIAGA, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 1.144.198.103, MIGUEL ANGEL TOBAR FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 76.322.337, ALVARO GIOVANNY TOBAR FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 76.322.374, PAOLA MOLENA SALCEDO FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 1.130.595.282, MANUEL FERNANDO SALCEDO FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 16.377.155, actuando en nombre propio, autorizamos a el señor LUIS WILSON SALCEDO FERNANDEZ, identificado con cedula de ciudadanía numero 94.545.122, para recibir el pago equivalente a un 65% de la suma de conciliación acordada en audiencia el pasado 17 de abril del 2024, de igual forma se autoriza el pago del 35% por concepto de honorarios al Dr. LUIS FELIPE HURTADO CATAÑO identificado con cedula de ciudadanía numero 1.143.836.087 expedida en Cali (Valle) Con tarjeta profesional numero 237908.

Cuenta autorizada LUIS WILSON SALCEDO FERNANDEZ: BANCOLOMBIA AHORROS numero 741-528273-62.

Cuenta autorizada LUIS FELIPE HURTADO CATAÑO: BANCOLOMBIA CUENTA CORRIENTE numero 75812907191

Nury Agustina Tobar Fernandez

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ

CC: 66.916.332




REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA SEXTA DE CALI
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali siendo el día 2024-04-26 09:27:54

Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:

FERNANDEZ MARIA OFIR

a quien identifique con: C.C. 29249803

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen en pie, son suyas. Y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.


 FIRMA



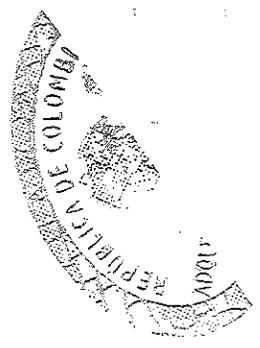




Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com

ADOLFO LEÓN OLIVEROS TASCON
 NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017

5124-aab29784




REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA SEXTA DE CALI
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali siendo el día 2024-04-26 09:48:04

Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:

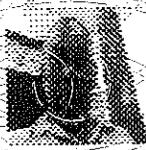
TOBAR FERNANDEZ ALVARO GIOVANNY

a quien identifique con: C.C. 76322374

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen en pie, son suyas. Y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.


 FIRMA







Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com

ADOLFO LEÓN OLIVEROS TASCON
 NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017

8620-a1801131




MARIA OFIR FERNANDEZ FLOREZ
CC: 29.219.803

Karen Saldarriaga Tobar
KAREN ANDREA SALDARRIAGA
CC: 1.144.198.103

Miguel Angel Tobar F.
MIGUEL ANGEL TOBAR FERNANDEZ
CC: 76.322.337

ALVARO TOBAR F.
ALVARO GIOVANNY TOBAR FERNANDEZ
CC: 76.322.374

Paola Molena Salcedo Fernandez
PAOLA MOLENA SALCEDO FERNANDEZ
CC: 1.130.595.282

Manuel Fernando Salcedo Fernandez
MANUEL FERNANDO SALCEDO FERNANDEZ
CC: 16.377.155

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI
BIOMETRIA
Santiago de CaB Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
En Cali, 2024-04-27 11:46:58
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:
SALCEDO FERNANDEZ MANUEL FERNANDO
a quien identifiqué con **C.C. 16377155**
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es de su puño y letra y la misma que usa en todos sus actos públicos y privados. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.



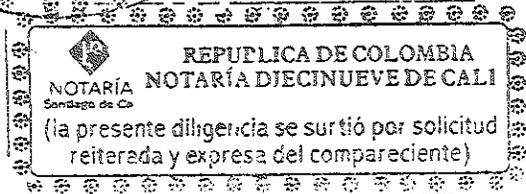
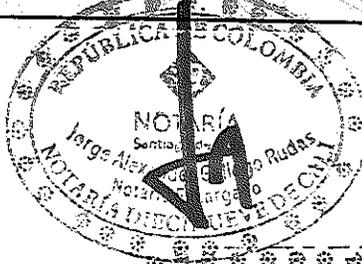
Cod: nqvtt



7939-a2504ab0

X Manuel Fernando Salcedo
COMPARECIENTE


JORGE ALEXANDER GALLEGO RUDAS
NOTARIO 19 (E) DEL CIRCULO DE CALI



REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA SEXTA DE CALI
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali siendo el día 2024-04-26 09:37:32

Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:

SALCEDO FERNANDEZ PAOLA MOLENA

a quien identifique con C.C. 1130595282

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen a pie, son suyas. Y autorizo el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

X *Paola Molena Salcedo*
FIRMA





Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com

Anular Derecho 5124-e722a6ac

ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA SEXTA DE CALI
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali siendo el día 2024-04-26 09:38:42

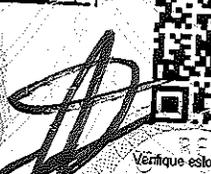
Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:

SALDARRIAGA TOBAR KAREN ANDREA

a quien identifique con C.C. 1144198103

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen a pie, son suyas. Y autorizo el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

X *Karen Saldarriaga Tobar*
FIRMA


Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com

Anular Derecho 5124-b476dadd

ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA SEXTA DE CALI
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali siendo el día 2024-04-26 09:40:30

Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:

TOBAR FERNANDEZ MIGUEL ANGEL

a quien identifique con C.C. 76322337

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen a pie, son suyas. Y autorizo el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

X *Miguel Angel Tobar F.*
FIRMA





Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com

Indice izquierdo 5124-3762b7ee

ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA SEXTA DE CALI
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali siendo el día 2024-04-26 09:47:26

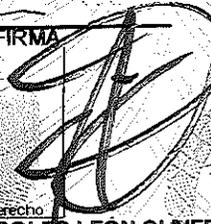
Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:

TOBAR FERNANDEZ NURY AGUSTINA

a quien identifique con C.C. 66916332

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen a pie, son suyas. Y autorizo el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

X *Nury Agustina Tobar Fernandez*
FIRMA


Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com

Anular Derecho 8620-94415503

ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN
NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017



Señores
FISCALIA 94 LOCAL CALI - VALLE DEL CAUCA

REF. DESISTIMIENTO DE LA ACCION PENAL
RADICACION. 760016099165201985995
INDICIADO NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ.

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 66.916.332 de Cali (Valle), por medio de este escrito me permito desistir del proceso penal en contra de JORGE EIDER SANCHEZ MONTOYA identificado con cédula de ciudadanía 16.939.144 que se adelanta en este despacho por el delito de lesiones personales culposas en el accidente de tránsito ocurrido el 15 de noviembre de 2019 en la ciudad de Cali, donde se vio involucrado el vehículo de placa VCW014.

Por lo tanto, solicito se proceda con el archivo del proceso, declaro a PAZ Y SALVO por todo concepto al señor JORGE EIDER SANCHEZ MONTOYA en calidad de conductor, a BANCOLOMBIA S.A como propietario, GIT MASIVO en calidad de empresa de transporte y MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A, en calidad de aseguradora del vehículo de placa VCW014.

Solicito se proceda con el archivo de las diligencias adelantada y se levante cualquier pendiente judicial sobre el vehículo involucrado.

Cordialmente,

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ
C.C No. 66.916.332 de Cali (Valle)

 Cel. 300 706 0472
PBX: 882 8306

 repare.felipe@gmail.com

 Sede Cali
Carrera 4 No. 11-45 Ofi 321

 Sede Palmira
Calle 34 No. 27-42



www.repare.com.co



MARIA SOL SINISTERRA
 NOTARÍA CATORCE DE CALI
 AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali, el día 2024-05-02 11:21:39
 Comparece ante la Notaría catorce de esta ciudad

TOBAR FERNANDEZ NURY AGUSTINA

Quien se identificó con: C.C. 66916332

y manifiesta que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariapublica.com para verificar este documento.



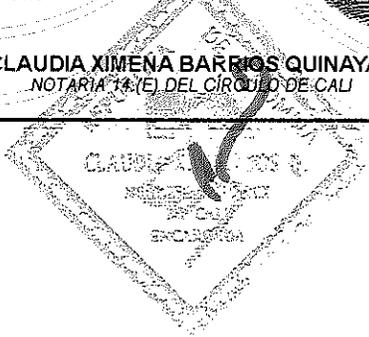
Cod. nt94y



X *Nury Agustina Tobar Fernandez*
 Firma Compareciente

8130-004c66a7

CLAUDIA XIMENA BARRIOS QUINAYAS
 NOTARIA 14 (E) DEL CIRCULO DE CALI





REPARE SAS <repare.felipe@gmail.com>

DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL

1 mensaje

REPARE SAS <repare.felipe@gmail.com>

8 de mayo de 2024, 9:35 a.m.

Para: Jose Wilson Ospitia Pradilla <jose.ospitia@fiscalia.gov.co>

Señores

FISCALIA 94 LOCAL CALI - VALLE DEL CAUCA

REF.	DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL
RADICACIÓN.	760016099165201985995
INDICIADO	NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ.

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 66.916.332 de Cali (Valle), por medio de este escrito me permito desistir del proceso penal en contra de **JORGE EIDER SANCHEZ MONTOYA** identificado con cédula de ciudadanía 16.939.144 que se adelanta en este despacho por el delito de lesiones personales culposas en el accidente de tránsito ocurrido el 15 de noviembre de 2019 en la ciudad de Cali, donde se vio involucrado el vehículo de placa VCW014.

Por lo tanto, solicito se proceda con el archivo del proceso, declaro a **PAZ Y SALVO** por todo concepto al señor **JORGE EIDER SANCHEZ MONTOYA** en calidad de conductor, a **BANCOLOMBIA S.A** como propietario, **GIT MASIVO** en calidad de empresa de transporte y **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A**, en calidad de aseguradora del vehículo de placa VCW014.

Solicito se proceda con el archivo de las diligencias adelantada y se levante cualquier pendiente judicial sobre el vehículo involucrado.

Cordialmente,

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ
C.C No. 66.916.332 de Cali (Valle)

**FELIPE HURTADO.**

ABOGADO LITIGIOS.

TELÉFONOS: 3007060472-(032)8828306-

DIRECCION: Carrera 4 # 11-45 oficina 321 y 324. Edificio Banco de Bogotá.

DESISTIMIENTO.pdf
106K



MAPFRE
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACION	INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACION DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACION			
TOMADOR <input checked="" type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>	Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA			
ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>	Tomador - Asegurado				02 05 2014			
BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario							
	Asegurado - Beneficiario							

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO Tobar		SEGUNDO APELLIDO Fernandez		NOMBRES Nury Agustina			
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> P.E.P. <input type="checkbox"/>	NÚMERO 66.916.332	LUGAR DE EXPEDICIÓN Calí	FECHA DE EXPEDICIÓN 30 Nov 1992	FECHA DE VENCIMIENTO APLICA TIPO ID (C.E., P.S., P.E.P.)	GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	
PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO Colombia	FECHA DE NACIMIENTO 16 Jun 1974	NACIONALIDAD Colombiana	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL _____		ESTADO CIVIL		ESTRATO
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO: _____ PAÍS _____			NÚMERO ID FISCAL		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? * SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INVERSIONISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/>				CÓDIGO CIU	
SECTOR AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> MINERO Y ENERGÉTICO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SOLIDARIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA					
CARGO	CIUDAD EMPRESA	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONO EMPRESA		DIRECCIÓN RESIDENCIA		
CIUDAD RESIDENCIA		TELÉFONO	CELULAR		EMAIL		
ACTIVIDAD SECUNDARIA		CÓDIGO CIU	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)				
INGRESOS MENSUALES	1.300.000		ACTIVOS	NO			
EGRESOS MENSUALES	1.300.000		PASIVOS	NO			
OTROS INGRESOS	NO		CONCEPTO OTROS INGRESOS	NO			
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS							

ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

*Vínculo/Relación

- Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)
- Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañero/a permanente del PEP), y
- Primer civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA

Declaro expresamente que

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

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	GIROS <input type="checkbox"/>	PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/>

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente—conforme al (Decreto 1674 de 2016)—, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales e 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 importantes de partidos políticos.

Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. CLAUSULA DE AUTORIZACION

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entrego en el futuro o que las Compañías Tratantes reciben de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos 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) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Ejecutar y cumplir los contratos 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 impedir 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 entrego para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios 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/o 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 o ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

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

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

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

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, SI NO especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

DECLARACION Y AUTORIZACION

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

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

7. FIRMA Y HUELLA

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

Miguel A. Toboary Ferrández
 FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
 C.C. 66 916 332



8. INFORMACION ENTREVISTA									
LUGAR DE LA ENTREVISTA	[]								
FECHA DE LA ENTREVISTA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">DÍA</td> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;">HORA</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	HORA	[]	[]	[]	[]
DÍA	MES	AÑO	HORA						
[]	[]	[]	[]						
RESULTADO	ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>								
OBSERVACIONES									
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE									
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE									

9. VERIFICACION DE LA INFORMACION									
FECHA DE LA ENTREVISTA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">DÍA</td> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;">HORA</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	HORA	[]	[]	[]	[]
DÍA	MES	AÑO	HORA						
[]	[]	[]	[]						
OBSERVACIONES									
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACION									
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACION									
C.C.									



MAPFRE
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN		INDICADORES VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACIÓN				
TOMADOR	<input checked="" type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>	Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA				
ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>	Tomador - Asegurado							POLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>	
BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario							POLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/>	
		Asegurado - Beneficiario							INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>	

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Salcedo SEGUNDO APELLIDO: Fernandez NOMBRES: Lucas Wilson

C.C. C.E. P.S. NÚMERO: 94.545.122 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Calí FECHA DE EXPEDICIÓN: 25-feb-2004 FECHA DE VENCIMIENTO APLICA TIPO ID (C.C. NO PER. NI P.S.): GÉNERO: M OCUPACIÓN / PROFESIÓN:

PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO: Calí Colombia FECHA DE NACIMIENTO: 21-Dic-1985 NACIONALIDAD: Colombiano ¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? SI NO ESTADO CIVIL: ESTRATO:

TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAIS DIFERENTE A COLOMBIA? SI NO MOTIVO: PAIS: NÚMERO ID FISCAL: ¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI NO

¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? SI NO TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL: ASALARIADO COMERCIANTE EMPLEADO PÚBLICO ESTUDIANTE HOGAR INDEPENDIENTE INVERSIONISTA PENSIONADO RENTISTA SOCIO CÓDIGO CIU:

SECTOR: AGROPECUARIO COMERCIO CONSTRUCCIÓN FINANCIERO INDUSTRIAL MINERO Y ENERGÉTICO SERVICIOS SOLIDARIO TRANSPORTE NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:

CARGO: CIUDAD EMPRESA: DIRECCIÓN EMPRESA: TELÉFONO EMPRESA: DIRECCIÓN RESIDENCIA:

CIUDAD RESIDENCIA: TELÉFONO: CELULAR: EMAIL:

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

INGRESOS MENSUALES: 1.300.000 ACTIVOS:

EGRESOS MENSUALES: 1.900.000 PASIVOS:

OTROS INGRESOS: CONCEPTO OTROS INGRESOS:

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

ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO

ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI NO

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, BOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO

TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI NO

ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

Vínculo	Nombre	Tipo de documento	No Identificación	Nacionalidad	Estado	Ciudad	¿Vinculado Actualmente? SI/NO	Fecha desvinculación

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA

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

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI NO IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR SI NO TRANSFERENCIAS CÍFOS PRESTAMOS

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente conforme al (Decreto 1074 de 2016); ii) las representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que ostentan de reconocimiento nacional, judicial o militar de alta jerarquía, altos cargos o (asesores y asesores) de empresas estatales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de gobierno.

Vínculos: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significan cualquier o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que ha entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entrego en el futuro o que las Compañías Tratantes reciben de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Genéticos, tales como datos 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 en: (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) Fesacóide e Inverta S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones premiales 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) Solicitar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales; (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas o 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, los cuales se incluyen en el anexo de este documento; (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede impactar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto ser lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes; (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes Mis Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entrego para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, espícita e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo 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) en las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contratante contratista y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebran las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrato, incluyendo actividades de cobroseguro y resguardo; (iv) El control y supervisión de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y validar riesgos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de obligaciones con el sector asegurador e la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo cualquier clase relacionados 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 similares cualquier información sobre el nacimiento, la maduración, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo lleve a contrato con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas controlen y esperadores 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 otro índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a los 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 los Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

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

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

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que se trata la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual es y será personal e individualmente. SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fesacóide, Inverta S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento. SI NO
especialmente para efectos de provisión y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

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

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

7. FIRMA Y HUELLA

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

[Firma manuscrita]
 FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
 c.c. 94 545 122



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____

RESULTADO: ACEPTADO RECHAZADO

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE: _____

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE: _____

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN: _____

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN: _____

c.c. _____

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)	FECHA DE VINCULACIÓN																					
TOMADOR <input type="checkbox"/> APODERADO <input checked="" type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>Familiar</td> <td>Comercial</td> <td>Laboral</td> <td>Personal</td> </tr> <tr> <td>Tomador - Asegurado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomador - Beneficiario</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asegurado - Beneficiario</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Familiar	Comercial	Laboral	Personal	Tomador - Asegurado					Tomador - Beneficiario					Asegurado - Beneficiario					OFICINA _____	POLIZA NUEVA <input type="checkbox"/> POLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>
	Familiar	Comercial	Laboral	Personal																			
Tomador - Asegurado																							
Tomador - Beneficiario																							
Asegurado - Beneficiario																							

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO Hurtado		SEGUNDO APELLIDO Cataño		NOMBRES Luis Felipe	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> P.E.P. <input type="checkbox"/> P.E.P.C. <input type="checkbox"/>	NÚMERO 1.143.836.087	LUGAR DE EXPEDICIÓN Calí	FECHA DE EXPEDICIÓN 07-ABR-2009	FECHA DE VENCIMIENTO APLICA TIPO ID (CE, PS, PEP, PEP-C)	GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO Calí Colombia		FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1991	NACIONALIDAD Colombiano	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL _____	
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO: _____ PAÍS: _____		NÚMERO ID FISCAL		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INVERSIONISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/>			CÓDIGO CIU
SECTOR AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> MINERO Y ENERGÉTICO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SOLIDARIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA Defore Abogadas			
CARGO	CIUDAD EMPRESA Calí	DIRECCIÓN EMPRESA Carrera 4 # 11-45 of 321	TELÉFONO EMPRESA 8828306	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
CIUDAD RESIDENCIA	TELÉFONO	CELULAR 3007066472	EMAIL		
ACTIVIDAD SECUNDARIA	CÓDIGO CIU	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)			
INGRESOS MENSUALES 10.000.000	EGRESOS MENSUALES 8000.000	OTROS INGRESOS 0	ACTIVOS 100000	PASIVOS 20.000.000	
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			CONCEPTO OTROS INGRESOS 0		
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS					

ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA

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

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	GIROS <input type="checkbox"/>	PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/>

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

Personas Expuestas 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 importantes de partidos políticos.
Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.
 *Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W8 Ben o W8 Ben-E según corresponda

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías 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) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

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

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios 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 que yo llegue a contratar con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

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

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

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

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. SI NO

DECLARACION Y AUTORIZACION

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

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

7. FIRMA Y HUELLA

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


 FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
 C.C.



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA	<input type="text"/>			
FECHA DE LA ENTREVISTA	DIA	MES	AÑO	HORA
RESULTADO	ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>		
OBSERVACIONES	<input type="text"/>			
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE	<input type="text"/>			
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE	<input type="text"/>			

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA	DIA	MES	AÑO	HORA
OBSERVACIONES	<input type="text"/>			
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN	<input type="text"/>			
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN	<input type="text"/>			
C.C.	<input type="text"/>			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.143.836.087**

APELLIDOS **HURTADO CATAÑO**

NOMBRES **LUIS FELIPE**

FIRMA **Luis Felipe H.**

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1991**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

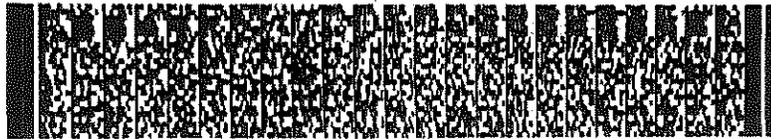
1.79
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-ABR-2009 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3100100-00157863-M-1143836087-20090529

0011801287A 1

32367892



Consejo Superior
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:

LUIS FELIPE

PRESIDENTE CONSEJO

SUPERIOR DE LA JUDICATURA

GLORIA STELLA LÓPEZ JARAMILLO

APELLIDOS:

HURTADO CATANO

UNIVERSIDAD
COOP. DE COL. BOGOTÁ

FECHA DE GRADO
29/11/2013

CONSEJO SECCIONAL
VALLE

CEDULA
143836007

FECHA DE EXPEDICIÓN
27/01/2014

TARJETA N°
237908

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

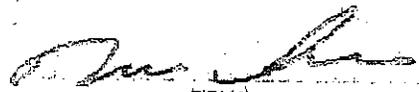
NÚMERO **66.916.332**

TOBAR FERNANDEZ

APELLIDOS

NURY AGUSTINA

NOMBRES



FIRMA



8
61

COMARCA NIO AMIGOS



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-1974**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

A+

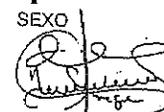
G.S. RH

F

SEXO

30-NOV-1992 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-3100100-01118450-F-0066916332-20191210

0069223756A 1

9911082550

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 94.545.122
SALCEDO FERNANDEZ

APELLIDOS
LUIS WILSON

NOMBRES

Luis Wilson Salcedo

FIRMA



70



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1985

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

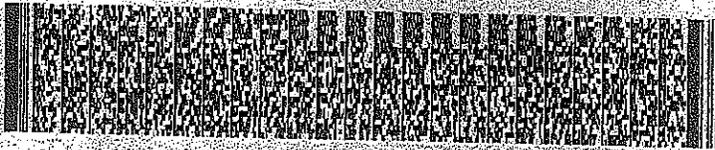
25-FEB-2004 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3100150-00468916-M-0094545122-20130913 0034872114A.1 2612528541

La confianza y la credibilidad

que nos ha otorgado el Banco de la Nación
de Bogotá y en materia de servicios
compañados en el desarrollo de sus labores.

Calí, 26 de diciembre de 2015

HACEMOS CONSTAR

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el Señor(a) LUIS WILSON SALCEDO FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 94.545.122, a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de Apertura	Estado- Saldo
Cuenta de Ahorros	741-528273-82	2015/12/26	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 Calí, o en nuestras sucursales de todo el país.

Atentamente, BANCOLOMBIA

Manuel Alejandro Vela Rios
Asesor de servicios N° 134
CASERA N° 1144163632

MANUEL ALEJANDRO VELA RIOS

Asesor Integral II
Sucursal Calima

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

En caso de necesidad, respecto a los productos y servicios, puede contactar con la Sucursal Técnica Bancolombia en Bogotá 343 3200, Medellín 516 7600, Cali 554 0505, Barranquilla 341 8806, y en el resto del país al 01 800 01 12345.

Bancolombia

Te estamos pensando el día

Certificado Bancario

Martes, 2 de Abril de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS FELIPE HURTADO CATANO identificado(a) con CC 1143836087, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	75812907191	2013/09/09	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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

