San Juan de Pasto, 5 de julio de 2024

Señores
ALLIANZ SEGUROS S.A.
Avenida 6 a Bis # 35n – 100 Oficina 212
Centro Empresarial Chipichape
Cali - Valle

Asunto:	**RADICACIÓN DOCUMENTOS PARA PAGO**
Proceso:	VERBAL No. 2022-00025
Demandante:	GLORIA ANDREA PORTILLA Y OTROS
Demandado:	TRANSPORTADORES DE IPIALES S.A. Y OTROS

RICHARD FERNANDO PRADO ORTEGA, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.280.799 de Pasto, portador de la tarjeta profesional No. 307.693 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado judicial de la parte demandante, de manera atenta me permito presentar los documentos requeridos para el pago del acuerdo conciliatorio celebrado el día 27 de junio de 2024 dentro del proceso en referencia, así:

1. Formulario Sarlaft de Gloria Andrea Portilla
2. Formulario autorización de transferencia bancaria de Gloria Andrea Portilla
3. Cédula de ciudadanía ampliada de Gloria Andrea Portilla
4. Certificación bancaria de Gloria Andrea Portilla
5. Acta del acuerdo conciliatorio celebrado ante el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto.

Atentamente,

RICHARD FERNANDO PRADO ORTEGA

Anexo: Dieciocho (18) folios

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:
Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.
Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Pasto **Fecha:** DÍA 28 MES 06 AÑO 24 **Tipo de trámite:** Vinculación ⊗ Actualización ○

Clase de cliente: Tomador ○ Asegurado ○ Beneficiario ⊗ Afianzado ○ Apoderado ○

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

Tomador -Asegurado	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:
Tomador -Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Portilla	Tupaz	Gloria Andrea

Documento de Identidad

Personas Nacionales
Cédula ⊗ T.I ○ NUIP ○
No 1026275964
Fecha de expedición Bogota
Lugar de expedición 15-10-2009

Personas Extranjeras
C. Extranjería ○ Pasaporte ○ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ○
No
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES.
Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:
No

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
2-10-1991	Pasto	Colombiana	Diag. 40 c Sur # 72J-80 Int. 19 Ap. 501

Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
Bogotá	-	gapt_20@hotmail.com	3105904669

Oficio o profesión: Docente apoyo pedagógico — Actividad: Independiente ○ Dependiente ⊗

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono
Secretaría Educación Distrital	Docente de apoyo	3002072730

Dirección comercial: Cra. 77 P bis A # 47A-31 Sur — Ciudad: Bogotá

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ○ NO ⊗
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ○ NO ⊗
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ○ NO ⊗
Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI ○ NO ⊗

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

Actividad económica: Docente — Código CIIU: 8511

Ingresos Mensuales (Pesos)	3.400.000	Egresos mensuales(Pesos)	2.000.000
Activos (Pesos)	35.000.000	Pasivos (Pesos)	28.000.000
Patrimonio (Pesos)	7.000.000	Otros Ingresos (Pesos)	

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

Persona Jurídica

Nombre o razón social	Nit.

Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax

Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica			Código CIIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad
Dirección	Ciudad		Teléfono

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

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

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

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

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

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

Realiza transacciones en moneda extranjera	Cuál	Indique otras operaciones
Si ○ No ⊗		

Productos financieros en el exterior

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

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

Información sobre reclamaciones en seguros

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

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

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

Declaraciones y Autorizaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN

(Intermediario o funcionario **si** el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:
Clave No./ Cargo del funcionario:

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):
Fecha: Día Mes Año Hora
Observaciones
Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Firma:
Resultado: APROBADO ○ RECHAZADO ○

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora
Observaciones
Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Firma:

VERSIÓN 24042019

150 años
Seguro estamos.

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?	SI ○ NO ⊗	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?	SI ○ NO ⊗	
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?	SI ○ NO ⊗	
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?	SI ○ NO ⊗	

Tomador

Nombre o razón social: Gloria Andrea Portilla Tupaz		Nit. /C.C.: 1026275964
Oficina principal: Dirección: Diag. 40 C Sur # 72J-80 Int. 19 Apto 501	Ciudad: Bogotá	Teléfono: 3105904669

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: *(Solo diligencian las personas jurídicas)*

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

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

Código Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
0 0 7	0 7 4 5 1 9 1 5 0 8 2	○ Corriente ⊗ Ahorros

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

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Cheque ○ Efectivo ○ **Tarjeta Allianz:** _____

Diligencia numero y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

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

Declaraciones y Autorizaciones

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

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

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

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

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

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

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: Gloria Andrea Portilla Tupaz
C.C. No. 1026275964

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

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

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

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

VERSIÓN 310124-1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.026.275.964**

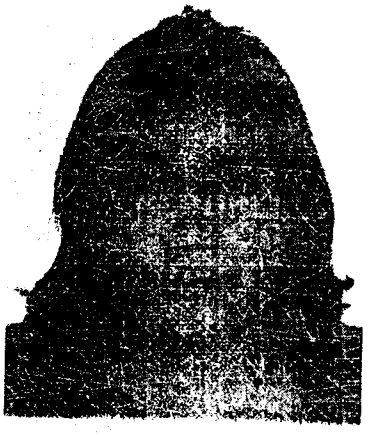
PORTILLA TUPAZ

APELLIDOS

GLORIA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1991**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-OCT-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01205599-F-1026275964-20210129 **0073**28533A 1 9914472662

Certificado
Bancario

Jueves, 27 de junio de 2024

Señores
A quien corresponda

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GLORIA ANDREA PORTILLA TUPAZ identificado(a) con CC 1026275964, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	07451915082	2009/07/30	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.

RAMA JUDICIAL
JUZGADO 1° CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO
República de Colombia

ACTA DE AUDIENCIA		Artículo		372 CGP
Objeto	Conciliación, interrogatorios de parte, fijación litigio, decreto pruebas.			
Pasto (Nariño)		Fecha	27 de junio de 2024	
Proceso	Declarativo de responsabilidad Civil contractual y extracontractual	Radicación	520013103001-2022-00025-00	
PARTES				
Demandantes	Gloria Andrea Portilla Tupaz		CC No.	1.026.275.964
	Juan Carlos Portilla Morillo		CC No.	98.382.577
	Horfa Ines del Rosario Tupaz Grijalba		CC No.	30.730.156
	José Esteban Portilla Tupaz		CC No.	1.085.257.340
	Juan Michael Portilla Tupaz		CC No.	1.085.304.554
	Davis Alejandro Portilla Tupaz		CC No.	1.026.594.921
Apoderado	Richard Fernando Prado Ortega		CC No.	1.085.280.799
			TP No.	307.693
Llamado en garantía.	Allianz Seguros S.A.		NIT	860.026.182-5
Representante legal.	Andrés Camilo Pastas Saavedra		C.C. No.	1.144.030.667
Apoderado	Daisy Carolina López Romero		CC No.	1.085.324.490
			TP No.	345.870
Demandado	Transportadores de Ipiales S.A. NIT. 891.200.645-1		NIT.	891.200.645-1
Representante Legal	Luis Fernando Gamez Guerrero		CC. No.	98.390.331
Demandado	Liz Amanda Albarracín Diaz		CC. No.	52.102.451
Apoderado Demandados	Augusto Cortes Martinez		CC. No.	12.989.434
			TP. No.	149.377
Demandado	Compañía Mundial de Seguros S.A.		NIT.	860.037.013-6
Representante legal	Sarita Quintero Giraldo		CC. No.	1.037.672.110
Apoderado demandado	Daisy Carolina López Romero		CC No.	1.085.324.490
			TP. No.	345.870

DESARROLLO DE LA AUDIENCIA		
Inicio	Hora	9:00 a.m.
Comparecencia de las partes	Conforme registro audio – video y formato de control de asistencia	

Minuto 00:04:00

Decisión.

Se reanuda proceso, conforme solicitud de suspensión elevada por las partes el 9 de mayo del año en curso.

Se reconoce personería adjetiva para actuar a la abogada Daisy Carolina López Romero identificada con C.C. Nro. 1.085.324.490 y portador de la T.P. Nro. 345.870 del C.S. de la J, en representación de los intereses de las aseguradoras Allianz Seguros S.A. y Compañía Mundial de Seguros S.A., conforme sustitución de poder del Gustavo Alberto Herrera Ávila, radicado en el correo electrónico del Despacho en el día de ayer.

Decisión.
Se reconoce personería adjetiva para actuar a la apoderada según la sustitución, y en los términos y alcances originalmente conferidos.

Las partes manifiestan animo conciliatorio.	Minuto 00:08:00

DECISIÓN (Minuto 00:20:00)

Una vez reanudada la presente diligencia se indagó a las partes si habían llegado a un arregl conciliatorio, quienes manifiestan que de consuno han arribado a un acuerdo a través del cual dan po solucionadas la totalidad de las pretensiones y excepciones enfiladas en este asunto, razón por la qu es del caso proceder de conformidad habida consideración de que se observan cumplidas a cabalida las formalidades establecidas para el efecto

En mérito de lo cual el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto,

RESUELVE:

1°. APROBAR el acuerdo conciliatorio surtido en esta audiencia a través del cual, Gloria Andrea Portill Tupaz identificada con CC N° **1.026.275.964** (en sede de corrección), Juan Carlos Portilla Morillo CC N 98.382.577, Horfa Ines del Rosario Tupaz Grijalba CC N° 30.730.156, José Esteban Portilla Tupaz CC N 1.085.257.340, Juan Michael Portilla Tupaz CC N° 1.085.304.554, Davis Alejandro Portilla Tupaz CC N 1.026.594.921, como demandantes y Transportadores de Ipiales S.A. NIT. 891.200.645-1, Liz Amand Albarracín Diaz CC N° 52.102.451, Compañía Mundial de Seguros S.A. NIT. 860.037.013-6, com demandados y Allianz Seguros S.A. identificada con NIT. 860.026.182-5, como llamada en garantía, dar por solucionadas de manera TOTAL las pretensiones y excepciones debatidas entre las parte mencionadas en el presente proceso declarativo de responsabilidad civil contractual extracontractual, adelantado en este juzgado con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el día 2 de octubre de 2021, siendo aproximadamente las 14:00 horas, a la altura del kilómetro 61 + 900 metro de la vía Junín – Pedregal, específicamente en el sector vereda El Verde del Municipio de Mallama, er el vehículo tipo bus placas WFU-208, en el que resultó afectada en su integridad personal, la señor Gloria Andrea Portilla Tupaz.

Así entonces, por virtud del acuerdo en mención, las partes aquí relacionadas adquieren y se comprometen a cumplir las siguientes obligaciones y cargas.

Primero. Los demandantes, en conjunto, aceptan por concepto de **INDEMNIZACIÓN INTEGRAL** de todos los daños patrimoniales y extrapatrimoniales que pudieran haber sufrido, con ocasión de accidente descrito, la suma total de CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS ($110'000.000). **Suma que, er esta audiencia, autorizan, en forma expresa, sea recibida en las proporciones y por las personas que en seguida se describe:** (En sede de adición)

Segundo. En orden a dar cumplimiento al anterior acuerdo, el pago se surtirá de la siguiente forma:

A. Allianz Seguros S.A. con numero de identificación tributaria 860.026.182-5 pagará dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se radique la documentación que adelante se relaciona la suma de veinticinco millones de pesos ($25.000.000), el pago se realizará en la cuenta de ahorros de Bancolombia, a nombre de la señora mediante transferencia electrónica a la cuenta de ahorros nombre de la señora Gloria Andrea Portilla Tupaz identificada con cédula 1.026.275.964, de Bancolombia, No. 074-519150-82.

Para los efectos correspondientes, la persona a favor de la cual se realizará el pago deberá aportar los siguientes documentos:

- Copia ampliada al 150% de cedula de ciudadanía
- Formulario Sarlaft debidamente diligenciado
- Certificado de vigencia de la cuenta bancaria con fecha no superior a 30 días.
- Autorización para transferencia bancaria.
- Copia de esta audiencia y de su acta

Documentos que deberá radicar, vía correo certificado, en la avenida 6 A Bis No. 35N – 100 Oficina 212 de la ciudad de Cali.

B. Compañía Mundial de Seguros S.A. con NIT. 860.037.013-6 pagará la suma de cincuenta y cinco millones de pesos ($55.000.000), dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha en que se radiquen los documentos que más adelante se describen.

Pago que realizará en la cuenta de ahorros Bancolombia No. 074-519150-82 a nombre de la señora Gloria Andrea Portilla Tupaz.

Para efectos del pago la interesada deberá radicar los siguientes documentos:

- Formulario Sarlaft debidamente diligenciado por la persona que recibirá el pago.
- Copia de la cédula de ciudadanía de la persona que recibirá el pago
- Certificación bancaria de vigencia de la cuenta bancaria donde se realizará el pago con fecha no inferior a 30 días.
- Copia de esta audiencia y de su acta
- Desistimiento de la acción penal con la nota de recibido de la Fiscalía 53 Local de Ricaurte o aquella donde curse el proceso penal correspondiente que por estos mismos hechos se dice adelantado. **Si la remisión del desistimiento se hace vía correo electrónico, será suficiente con la evidencia de la remisión del mensaje de texto respectivo al correo electrónico de la Fiscalía donde cursa el proceso penal.** (En sede de aclaración)
- Copia del RUT de la persona que recibirá el pago.

Documentos que deben radicarse en forma física a través de correo certificado en la avenida 6ª bis No. 35N – 100 Oficina 212 de la ciudad de Cali.

C. Transportadores de Ipiales S.A. con NIT. 891.200.645-1 y la señora Liz Amanda Albarracín Diaz con cédula 52.102.451 pagaran la suma de Treinta millones de pesos ($) a razón de quince millones de pesos cada uno.

Pago que con independencia de las relaciones internas entre las dos mencionadas, se surtirán de la siguiente manera:

Por parte de Transipiales quince millones de pesos dentro de los ocho días siguientes a que se radiquen los documentos que adelante se mencionan.

Y quince millones de pesos dentro de los quince días siguientes a la misma data, para estos efectos la persona que reciba el pago deberá entregar en la calle 17 #15 – 40 de la ciudad de Pasto, copia de:

- Esta audiencia y de su acta.
- Desistimiento de la acción penal. **Si la remisión del desistimiento se hace vía correo electrónico, será suficiente con la evidencia de la remisión del mensaje de texto respectivo al correo electrónico de la Fiscalía donde cursa el proceso penal.** (En sede de aclaración)
- Copia del RUT de la persona que recibirá el pago
- Certificación bancaria de la cuenta donde se realizará el pago con fecha no inferior a 30 días.
- Copia de la cédula de ciudadanía.

El pago se realizará a través de transferencia electrónica a nombre del señor Richard Fernando Prado Ortega en la cuenta de Scotiabank Colpatria con número 1632096994.

Para efectos de recibir el pago en favor de la persona últimamente mencionados, los demandantes presentes en esta audiencia ratifican la facultad de recibir inicialmente otorgada a su mandatario judicial.

Se deja constancia que pese a no haber comparecido el señor Luis Fernando Trujillo el acuerdo al que aquí se ha arribado lo cobija por virtud de la Cosa Juzgada que ostenta la figura de la conciliación.

TERCERO. Con el cumplimiento efectivo del presente acuerdo las partes de forma reciproca se declaran a paz y salvo por todo concepto; razón por la que copia de este acuerdo, junto con el desistimiento respectivo, será presentado por los interesados ante la Fiscalía Cincuenta Y Tres Local De Ricaurte de Pasto, dirigido al radicado 520016000491202102240. **Si la remisión del desistimiento se hace vía correo electrónico, será suficiente con la evidencia de la remisión del mensaje de texto respectivo al correo electrónico de la Fiscalía donde cursa el proceso penal.** (en sede de aclaración)

CUARTO. Los honorarios profesionales de cada uno de los apoderados judiciales que han intervenido en este proceso correrán por cuenta de los respectivos mandantes.

Hasta aquí el acuerdo.

2º La conciliación anotada en los términos anteriores pone fin al proceso, hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo de las obligaciones en ella descritas en favor de cada una de las personas que la celebran.

3° CANCELAR las siguientes medidas cautelares:

La inscripción de la demanda en los siguientes bienes inmuebles:

Inmueble identificado con la matricula inmobiliaria Nro. 157-27418, ubicado en la Vereda Pandi de Municipio de Pandi, de propiedad de la demandada Liz Amanda Albarracín Díaz identificada con C.C Nro. 52.102.451.

Inmueble identificado con la matricula inmobiliaria Nro. 157-88448, ubicado en la Carrera 5ª Nro. 4-31 lote y construcción Barrio Las Palmas del Municipio de Pandi, de propiedad de la demandada Liz Amanda Albarracín Díaz identificada con C.C. Nro. 52.102.451.

Ambas medidas decretadas mediante auto No. 298 del 11 de marzo de 2022, y comunicadas mediante oficio 115 del 24 de marzo de 2022. Ofíciese a la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Fusagasugá – Cundinamarca.

Teniendo en cuenta los términos del acuerdo, el oficio a la autoridad de registro mencionada se emitirá una vez se informe al despacho respecto del pago efectivo de las sumas de dinero a cargo de cada uno de los demandados.

4° Ejecutoriada la providencia que antecede, ARCHIVAR el expediente previas las anotaciones de rigor.

5° Expedir a costa de los interesados copia auténtica de esta audiencia y de su acta con destino a cada una de las partes.

Notifica en estrados.

Las partes solicitan adición, aclaración y corrección de la providencia proferida.

Siendo procedente, el despacho las adopta.

Esta acta tiene carácter informativo, de tal manera que lo consignado en ella, no tiene la condición de providencia o decisión judicial. En todo caso, las decisiones vinculantes y que producen efectos jurídicos al interior del proceso son aquellas que constan en el registro de audio y video que obran en el respectivo expediente digital, cuyo vínculo se encuentra a continuación:

Enlace audiencias: 07 Audiencia

Siendo las 11:26 a.m. finaliza la audiencia.

ANA CRISTINA CIFUENTES CÓRDOBA
Jueza

FNBS

Firmado Por:
Ana Cristina Cifuentes Cordoba
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 001
Pasto - Nariño

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: **aeea6e99fceedcc587420e0e7cca5ab1ae343a5d8fe608a2c0b1cc19d774874b**
Documento generado en 28/06/2024 02:18:10 PM

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