

San Juan de Pasto, 11 de junio de 2024

Señores

**ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Avenida 6 a Bis # 35n – 100 Oficina 212

Centro Empresarial Chipichape

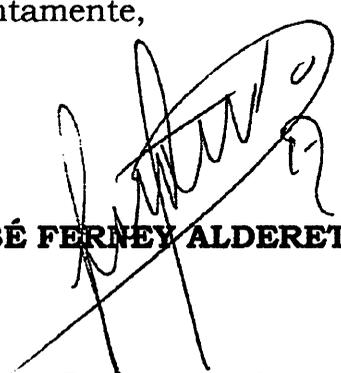
Cali - Valle

Asunto: **RADICACIÓN DOCUMENTOS PARA PAGO**  
Proceso: VERBAL RCE No. 2023-00103 (Acumulado)  
Demandante: LUCERO ORTIZ Y OTROS  
Demandado: AURA GRACIELA BETANCOURT Y OTROS

JOSÉ FERNEY ALDERETE ROSERO, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.277.342 de Pasto, portador de la tarjeta profesional No. 296.838 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 19 de abril de 2024 dentro del proceso en referencia, así:

1. Formularios Sarlaft de Lucero Ortiz, Luisa Ortiz y el suscrito
2. Formulario autorización de pago de Lucero Ortiz, Luisa Ortiz y el suscrito
3. Cédula de ciudadanía de Lucero Ortiz, Luisa Ortiz y el suscrito
4. Certificación bancaria de Lucero Ortiz, Luisa Ortiz y el suscrito
5. Desistimiento de la acción penal dirigido a la Fiscalía 56 Secciona de Tumaco suscrita por Lucero Ortiz.
6. Acta de acuerdo conciliatorio celebrado el día 19 de abril de 2024 en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tumaco.

Atentamente,



**JOSÉ FERNEY ALDERETE ROSERO**

Anexo: Dieciocho (18) folios



\*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. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

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

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

#### Productos financieros en el exterior

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

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	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 Lucero Ortiz Arroyave, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.) actividad laboral; 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERALITO 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 DATA CRÉDITO 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 Fasescolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

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

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

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

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar 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 atiende 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](http://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 negociables.

**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.



Lucero Ortiz Arroyave  
Firma del cliente o apoderado

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

# 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: Sumaco Fecha: 5 Junio 2024

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

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

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

## Persona Natural

Primer apellido Ortiz Segundo Apellido Arroyo Nombres Completos Lisa Ceila

## Documento de Identidad

Personas Nacionales  T.I.  NUIP  C. Extranjería  Pasaporte  Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext.

No 1.150.937.065 No

Fecha de expedición 09 Dic - 2020 No

Lugar de expedición Sumaco Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses. No

Fecha de nacimiento 20-Abr-1991 Lugar de nacimiento Buenaventura Nacionalidad Colombiana Dirección de Residencia Barrios Unión Victoria

Ciudad Sumaco Teléfono  E-mail luisajeremias4@outlook.com Celular 3218040454

Oficio o profesión Artesanas Actividad: Independiente  Dependiente

Empresa donde trabaja  Cargo  Teléfono

Dirección comercial  Ciudad

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 Fabricación de Artesanías Código CIU 3212

Ingresos Mensuales (Pesos) 1300.000 Egresos mensuales (Pesos) 1300.000

Activos (Pesos) 0 Pasivos (Pesos) 0

Patrimonio (Pesos) 0 Otros Ingresos (Pesos) 0

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 CIU

## INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido  Segundo Apellido  Nombres Completos

Tipo de documento  N°  Fecha de expedición  Lugar de expedición

Fecha de nacimiento  Lugar de nacimiento  Nacionalidad

Dirección  Ciudad  Teléfono

\*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. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

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

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

#### Productos financieros en el exterior

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

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	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 Luisa Buitrago Ortiz Arroyave, 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.): Actividad laboral; 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 DATACREDITO 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 Fasescolda-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 las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si  No

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

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

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 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](http://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.

Luisa Buitrago Ortiz  
Firma del cliente o apoderado



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

# Autorización de pagos

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 público? SI  NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI  NO

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

**Tomador**

Nombre o razón social Lucero Ortiz Arroyo Nit. /C.C.

Oficina principal: Dirección Zumarco Ciudad Zumarco Teléfono 3218040454

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

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.

Yo Lucero Ortiz Arroyo identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 1150937064 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de Indemnización, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a Indemnización identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 1150937064 con nacionalidad 1 Colombiana nacionalidad 2 Colombiana para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

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 el.

Código Entidad Financiera (según relación) 051 Número de Cuenta (validar según relación) 488445596965 Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

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

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

Bancolombia:  Tarjeta Allianz:

Cheque  Efectivo

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.  
SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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](http://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: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

Lucero Ortiz Arroyo

Nombre: Lucero

C.C. No. 1150937064

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco CNB 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
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
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.

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

VERSIÓN 171219-1

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.150.937.064

ORTIZ ARROYO

APELLIDOS  
LUCERO

NOMBRES

*Lucero Ortiz Arroyo*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1992

BUENAVENTURA  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

O+

F

ESTATURA G.S. RH

SEXO

18-MAY-2023 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2313900-01362251-F-1150937064-20230617

012183772#G 1

56311587

## DAVIVIENDA CERTIFICA

Que LUCERO ORTIZ con Cédula de Ciudadanía

número 1150937064 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS DAMAS	0550488445596965	\$0,00	---	\$0,00	\$0,00	\$0,00



Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.

La presente certificación se expide el 2024/05/31 en la ciudad PASTO

**FIRMA AUTORIZADA**

Banco Davivienda

# Autorización de pagos

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 público? SI  NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI  NO

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

**Tomador**

Nombre o razón social: Luisa Paula Ortiz Arroyo Nit. /C.C.:

Oficina principal: Dirección: Cumaca Ciudad: Cumaca Teléfono: 3218040454

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:

Tipo de documento: N°: Dirección: Teléfono:

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.

Yo Luisa Ortiz Arroyo identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 1.150.937.065 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de Indemnización en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a Indemnización identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 1.150.937.065 con nacionalidad 1 Colombiana nacionalidad 2 Colombiana para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

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 el.

Código Entidad Financiera (según relación): 051 Número de Cuenta (validar según relación): 488445596361 Tipo de Cuenta:  Corriente  Ahorros

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

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

Bancolombia:  Cheque  Efectivo  Tarjeta Allianz:

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.  
SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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](http://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: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

Nombre: Luisa P. Ortiz  
C.C. No. 1.150.937.065



ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Canadense BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 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
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Cooameva	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.

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

VERSIÓN 171219-1

## DAVIVIENDA CERTIFICA

Que LUISA CEILA ORTIZ con Cédula de Ciudadanía

número 1150937065 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS DAMAS	0550488445596361	\$0,00	---	\$0,00	\$0,00	\$0,00

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.  
Esta presente certificación se expide el 2024/05/31 en la ciudad PASTO



**FIRMA AUTORIZADA**

Banco Davivienda

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.150.937.065

ORTIZ ARROYO

APELLIDOS  
LUISA CEILA

NOMBRES

*Luisa C Ortiz*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1991

BUENAVENTURA  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

09-DIC-2020 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2313900-01187211-F-1150937065-20201210

0072773258A 1

8501128756

Señor:  
**FISCAL 56 SECCIONAL DE TUMACO**  
**UNIDAD VIDA**  
E. S. D.

Sumario No: 528356000538202395178.  
Procesado: JAVIER ALEXIS GÓNGORA BETANCOURT  
Asunto: **SOLICITUD DE EXTINCION DE LA ACCION PENAL POR REPARACION INTEGRAL**

LUCERO ORTIZ ARROYO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.150.937.064 expedida en Tumaco, en mi condición de lesionada dentro del proceso de la referencia de manera comedida y atenta manifiesto de manera **LIBRE, EXPRESA y VOLUNTARIA QUE HE SIDO INDEMNIZADA INTEGRALMENTE POR TODOS LOS PERJUICIOS** ocasionados en los hechos del día 1 de mayo de 2023 en el casco urbano del municipio de Tumaco, donde estuvo involucrado el vehículo de placas ZYL-545, conducido por el señor JAVIER ALEXIS GÓNGORA BETANCOURT.

Por tal motivo, muy respetuosamente solicito a su despacho, se sirva aplicar **PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD a favor del imputado**, con base en los artículos 321, 322, 323 y numeral 1º del artículo 324 de la ley 906 de 2004 y en consecuencia **EXTINGA LA RESPECTIVA ACCION PENAL**, en concordancia con el artículo 82 numeral 7º del Código Penal y artículo 77 de la Ley 906 de 2004, en favor del aquí procesado, el señor JAVIER ALEXIS GÓNGORA BETANCOURT, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.019.106.879.

De igual manera, como quiera que los hechos que se ventilan dentro de este proceso encuentran adecuación típica en el reato de lesiones personales culposas, reitero mi solicitud de extinción de la acción penal por reparación integral, así como también desisto de cualquier otra acción judicial sea civil, penal o de otra naturaleza que se pudiese adelantar por los hechos materia de este proceso.

Agradeciendo de antemano la atención prestada,

Atentamente,

*Lucero Ortiz Arroyo*  
**LUCERO ORTIZ ARROYO**

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO**  
**LA NOTARIA UNICA DE TUMACO-NARIÑO**  
**CERTIFICA**

Que *Lucero Ortiz Arroyo*  
quien se identificó con 1.150.937.064  
manifiestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya.  
En constancia, firma nuevamente y estampa la huella de su dedo índice derecho, en Tumaco, el día 05 JUN 2024  
(La colocación de huella causa derechos notariales según Ley 906)

*Lucero Ortiz Arroyo*  
**Elsa Mireya Salazar Rodríguez**  
Notaria



## 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:  Fecha: 

DÍA	MES	AÑO
3	05	2024

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

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

Tomador -Asegurado	<input checked="" type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Tomador -Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>

Persona Natural		
Primer apellido	ALDERETE	Segundo Apellido
		ROSERO
Nombres Completos		JOSÉ FERNEY

Documento de Identidad		
Personas Nacionales		Personas Extranjeras
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input checked="" type="checkbox"/>	
No 1.085.277.342	No <input type="text"/>	
Fecha de expedición 27/11/2007	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	
Lugar de expedición PASTO	No <input type="text"/>	
Fecha de nacimiento 25/11/1989	Lugar de nacimiento LOS ANDES	Nacionalidad COLOMBIANA
		Dirección de Residencia MOCONDINO BAJO
Ciudad PASTO	Teléfono 3108297980	E-mail ferneyrosoero.abogado@gmail.com
Oficio o profesión ABOGADO		Actividad: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono
Dirección comercial		Ciudad
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica	Actividades Jurídicas	Código CIU 6910
Ingresos Mensuales (Pesos) 3.000.000	Egresos mensuales(Pesos) 2.000.000	
Activos (Pesos) 50.000.000	Pasivos (Pesos) 19.000.000	
Patrimonio (Pesos) 31.000.000	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 CIU		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 800.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.020.182-5 DE COLOMBIA

VIGILADO

\*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. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

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

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

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

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	Pais	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 José Ferney Alderete Rosero 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, oficina, actividad, negocio, etc.); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAITO 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 DATA CRÉDITO 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:

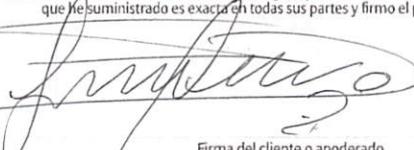
- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este 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 podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si  No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende 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: 5941 133 - 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](http://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 me suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

 Firma del cliente o apoderado



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

## Autorización de pagos

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI  NO

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI  NO

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

**Tomador**

Nombre o razón social **JOSÉ FERNEY ALDERETE ROSERO** Nit. /C.C. **1.085.277.342**

Oficina principal: Dirección **MOCONDINO BAJO** Ciudad **PASTO** Teléfono **3108297980**

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

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.

Yo José Ferney Alderete Rosero identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 1.085.277.342 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de indemnización \_\_\_\_\_ en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a \_\_\_\_\_ identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. \_\_\_\_\_ con nacionalidad 1 \_\_\_\_\_ nacionalidad 2 \_\_\_\_\_ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

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 el.

Código Entidad Financiera (según relación) **019** Número de Cuenta (validar según relación) **1632096992** Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

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

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

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

Bancolombia:  Tarjeta Allianz:

Cheque  Efectivo

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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](http://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: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

Nombre: **José Ferney Alderete Rosero**

C.C. No. **1.085.277.342**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Comeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

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

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

VIGILADO

VERSIÓN 171219-1

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.  
NIT. 860.034.594-1

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 1632096992 , con fecha de apertura 15 de Marzo de 2024 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): JOSE FERNEY ALDERETE ROSERO  
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.085.277.342

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Junio de 2024 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.  
[www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com)  
 Scotiabank  COLPATRIA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.277.342**

**ALDERETE ROSERO**  
 APELLIDOS

**JOSE FERNEY**  
 NOMBRES

*Jose Ferney A. R.*  
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1989**

**LOS ANDES**  
 (NARIÑO)  
 LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**      **O+**      **M**  
 ESTATURA      G.B. RH      SEXO

**27-NOV-2007 PASTO**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2300106-00423272-M-1005277342-20130130      0032209700A 1      0502190577



**ACTA – AUDIENCIA INICIAL**  
**528353103002-2023-00083-00 (acumulado)**  
**528353103002-2023-00103-00**

Veinticuatro (24) de abril de dos mil veinticuatro (2024).

**COMPARECIENTES**

<b><u>PARTES:</u></b>	<b><u>APODERADOS</u></b>
<b><u>DEMANDANTES</u></b>	
Norman Luna Estacio C.C. No 12.914.006 Florencia Angulo Chillambo C.C. No 59.674.466 María Estefanía Luna Angulo C.C. No 1087196714 Lucero Ortiz Arroyo C.C. No 1150937074 Leoncio J. Ortiz Quiñonez C.C. No 16.266.550 Luisa Celia Ortiz Arroyo C.C. No 1150937065 Luisa Amalia Quiñonez De Ortiz C.C. No 27.403.707	Dra. Aleida Faney López Jurado /José Ferney Alderete Rosero
<b><u>DEMANDADOS</u></b>	
Aura Graciela Betancourt Rodríguez C.C. No. 30.741.646 Javier Alexis Góngora Betancourt C.C. No. 1.019.106.879	Dra. Camila Blandón Cifuentes
Allianz Seguros S.A, representante legal: Dr. Carlos Arturo Prieto Suarez.	Dr. Juan David Vergara Melo

La diligencia de la que se extiende esta acta, programada en audiencia del trece (13) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), se llevó a cabo el día veinticuatro (24) de abril de dos mil veinticuatro (2024) de manera virtual, de la cual se realizó una grabación en audio y video que se puede visualizar en el siguiente enlace:

[039Grabaciones Audiencia 24-04-2024](#)

<b>ACTO</b>	<b>INICIO</b>	<b>HASTA</b>
INSTALACIÓN DE AUDIENCIA	8:30am	8:30am
PRESENTACIÓN DE LAS PARTES	8:30am	8:40am
CONCEDE PERSONERÍA JURÍDICA DR. JUAN DAVID VERGARA MELO	8:40am	8:40am
DESARROLLO ETAPA CONCILIATORIA	8:40am	11:00am
CONCEDE PERSONERÍA JURÍDICA DR. JOSÉ FERNEY ALDERETE ROSERO	11:00am	11:00am
DESARROLLO ETAPA CONCILIATORIA	11:00am	2:00pm
RECESO.	2:00pm	2:30pm
DESARROLLO ETAPA CONCILIATORIA	2:30pm	3:40pm
TRASLADO ACUERDO CONCILIATORIO	3:40pm	3:50pm
MANIFESTACIÓN PARTES ACUERDO	3:50pm	3:55pm



CONCILIATORIO		
APROBACIÓN ACUERDO DECLARA TERMINADO PROCESO	3:55pm	4:00pm
CIERRE AUDIENCIA.	4:00pm	4:00pm

#### DOCUMENTOS INCORPORADOS

- Sustitución Poder Dr. Juan David Vergara Melo

#### DESARROLLO DE LA AUDIENCIA

Siendo el día veinticuatro (24) de abril de dos mil veinticuatro (2024), fecha fijada en audiencia del trece (13) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tumaco se constituye en audiencia Inicial, a las 08:30am dentro del asunto radicado con la partida: 528353103002-2023-00083-00 (acumulado) 528353103002-2023-00103-00.

La audiencia inicia con su instalación y la enunciación del protocolo para su desarrollo, acto seguido se realiza la presentación de las partes.

Se deja constancia que todos los intervinientes en el proceso se encuentran presentes, aunque algunos presentan eventuales problemas de conexión, que a lo largo de la audiencia se superaron.

Se retoma la audiencia recordando que esta fue suspendida atendiendo a la voluntad de las partes quienes manifestaron ánimo conciliatorio, se consulta si finalmente fue posible llegar a un arreglo, las partes indican que no fue posible comunicación entre los mismos.

Se sugiere retomar dicha iniciativa teniendo en cuenta que la etapa conciliatoria dentro del proceso no ha finalizado.

Las partes manifiestan mostrarse de acuerdo con tal propuesta.

Previo a reiniciar la etapa conciliatoria, se analiza solicitud de Allianz Seguros S.A, quien pide se reconozca sustitución de poder al abogado Juan David Vergara Melo.

Se muestra en pantalla el memorial radicado en el correo del juzgado, como los documentos de identificación del profesional, seguidamente se procede reconocer personería jurídica al abogado Juan David Vergara Melo. Se deja constancia que el abogado Vergara Melo tiene las mismas facultades, poderes y atributos por quien sustituye.

Se retoma etapa conciliatoria, donde las diferentes partes proponen fórmulas de arreglo.

En cada propuesta el juez concede un tiempo de receso a fin de que los apoderados consulten a sus representados.

Durante esta etapa la abogada Aleida Faney López Jurado, solicita se sustituya poder al abogado José Ferney Alderete Rosero, por cuanto debe atender diligencias urgentes, solicitud que es aceptada.

Procede el abogado José Ferney Alderete Rosero a realizar su presentación y se le concede poder para actuar en la presente diligencia con las mismas facultades y poderes



que su predecesora.

Prosigue la discusión entre las partes a fin de llegar a un arreglo que satisfaga los intereses de todos los interesados.

Habiendo trascurrido más de tres horas de discusión, sin que las partes hayan llegado a una acuerdo satisfactorio, el señor Juez toma la palabra y conforme sus deberes y poderes como juez de la república, propone formula de arreglo; así mismo consulta a los señores Aura Graciela Betancourt Rodríguez y Javier Alexis Góngora Betancourt, si es posible que estos añadan un monto de dinero, a fin de que sume al ofrecido por la empresa aseguradora está, esta última propuesta es descartada, en primera instancia, por los consultados.

La propuesta de arreglo por el señor Juez es analizada nuevamente por los intervinientes, quienes de manera unánime manifiestan los beneficios y ventajas de lograr un acuerdo rápido y satisfactorio.

Luego los señores Aura Graciela Betancourt Rodríguez y Javier Alexis Góngora Betancourt rectifican su postura frente a no aportar recursos adicionales a los aportados por la asegura, y proponen entregar 10 millones de pesos adicionales a los comprometidos por la empresa a fin de llegar a un acuerdo entre las partes.

Tal propuesta es acogida, así la parte demandante, después de dialogo y complementación, acuerda recibir la suma de \$130'000.000 de pesos Mcte para el señor Norman Luna Estacio y sus familiares; y la suma de 130'000.000 de pesos Mcte para la señora Lucero Ortiz Arroyo y sus familiares. Dentro de estos recursos se cuentan los 10 millones aportados por Aura Graciela Betancourt Rodríguez y Javier Alexis Góngora Betancourt.

Se acuerda que los dineros comprometidos se pagaran en el término de 15 días hábiles luego de que los beneficiarios entreguen los documentos necesarios para el desembolso de los recursos.

El Dr. Juan David Vergara Melo procede a socializar una propuesta de acuerdo, el Dr. José Ferney Alderete Rosero solicita se le realicen ajustes puntuales a la misma, se acogen sus observaciones.

Procede el Dr. Juan David Vergara Melo a redactar el acuerdo definitivo, para lo cual solicita un tiempo prudente, tiempo que es concedido por el señor Juez.

En este punto el señor Juez ordena un receso de 30 minutos.

Finalizado el receso, se retoma la diligencia con la lectura del acuerdo definitivo como propuesta por parte del señor apoderado de la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A , en los siguientes términos:

#### **ACUERDO CONCILIATORIO**

- 1. Las partes han decidido, de manera libre y voluntaria, conciliar todas las diferencias que han surgido o que puedan llegar a surgir entre ellas, derivadas de los hechos ocurridos el 01 de mayo del 2023, como consecuencia del accidente de tránsito del cual resultaron lesionados los señores Norman Luna Estacio y Lucero Ortiz Arroyo , por la suma única, total y definitiva de \$130'000.000 de pesos Mcte para el señor Norman Luna Estacio y sus familiares y la suma de 130'000.000 de pesos Mcte para la señora Lucero Ortiz Arroyo y sus familiares, que corresponde a la indemnización integral de la totalidad de los perjuicios reclamados**



por los demandantes, pero sin limitarse a ellos, incluso los que se revelen en el futuro, independientemente de la denominación que adopten, poniendo fin a todas las reclamaciones extrajudiciales o judiciales realizadas o por efectuar; por lo cual **Norman Luna Estacio y Lucero Ortiz Arroyo** desisten y renuncian libremente a todas sus pretensiones o a formular otras adicionales, precaviendo de ese modo eventuales y futuros litigios, motivados o relacionados directa o indirectamente con los hechos que convocaron a esta audiencia y sus secuelas, en cuanto este acuerdo comprende todos los daños y perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, o de cualquier tipo que hubieren sido provocados, y los que eventualmente se revelen en el futuro, de manera que no se deja nada pendiente, y por eso se extiende a cualquier efecto o consecuencia que se relacione o asocie directa o indirectamente, aunque sea imprevista, con los hechos que nos convocan, por lo cual incluyen en la suma por la que se concilia, el pago o solución de todos los conceptos de divergencia.

2. El pago de la suma citada, será realizada por **ALLIANZ SEGUROS S.A., AURA GRACIELA BETANCOURT RODRIGUEZ** y **JAVIER ALEXIS GONGORA BETANCOURT** de la siguiente forma:

Por parte de Allianz Seguros S.A. se pagará la suma de **\$43'600.000 de pesos M/Cte.** a favor de **Norman Luna Estacio** identificado con No. de **C.C. 12.914.006** mediante transferencia a la cuenta bancaria que informará junto con su respectiva certificación y los demás documentos requerido en la cláusula siguiente, en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica [jvergara@gha.com.co](mailto:jvergara@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co).

Por parte de Allianz Seguros S.A. se pagará la suma de **\$43'600.000 de pesos M/Cte.** a favor de **María Estefanía Luna Ángulo** identificada con No. de **C.C. 1.087.196.714** mediante transferencia a la cuenta bancaria de Ahorros de Bancolombia No. 894-237675-54, en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica [jvergara@gha.com.co](mailto:jvergara@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co).

Por parte de Allianz Seguros S.A. se pagará la suma de **\$42'800.000 de pesos M/Cte.** que los demandantes autorizan se pague por conducto del apoderado **José Ferney Alderete Rosero** identificado con No. de **C.C. 1.085.277.342** mediante transferencia a la cuenta de Ahorros del Banco Scotiabank Colpatría No. 1632096992, en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica [jvergara@gha.com.co](mailto:jvergara@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co).

Por parte de Allianz Seguros S.A. se pagará la suma de **\$43'500.000 de pesos M/Cte.** a favor de **Lucero Ortiz Arroyo** identificada con No. de **C.C. 1.150.937.064** mediante transferencia a la cuenta bancaria que informará junto con su respectiva certificación y los demás documentos requerido en la cláusula siguiente, en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica [jvergara@gha.com.co](mailto:jvergara@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co).

Por parte de Allianz Seguros S.A. se pagará la suma de **\$43'000.000 de pesos M/Cte.** a favor de **Luisa Ceila Ortiz Arroyo** identificada con No. de **C.C. 1.150.937.065** mediante transferencia a la cuenta bancaria que informará junto con su respectiva certificación y los demás documentos requerido en la cláusula siguiente, en un plazo de



quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica [jvergara@gha.com.co](mailto:jvergara@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co).

Por parte de Allianz Seguros S.A. se pagará la suma de **\$33'500.000 de pesos M/Cte.** que los demandantes autorizan se pague por conducto del apoderado **José Ferney Alderete Rosero** identificado con No. de C.C. **1.085.277.342** mediante transferencia a la cuenta de Ahorros del Banco Scotiabank Colpatría No. 1632096992, en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica [jvergara@gha.com.co](mailto:jvergara@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co).

Por parte de los señores AURA GRACIELA BETANCOURT RODRIGUEZ y JAVIER ALEXIS GONGORA BETANCOURT se pagará la suma de **\$10'000.000 de pesos M/Cte.** que los demandantes autorizan se pague por conducto del apoderado **José Ferney Alderete Rosero** identificado con No. de C.C. **1.085.277.342** mediante transferencia a la cuenta de Ahorros del Banco Scotiabank Colpatría No. 1632096992, en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica [jvergara@gha.com.co](mailto:jvergara@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co).

3. Los documentos requeridos para el pago enunciado anteriormente son los siguientes:

- 3.1. Formato de conocimiento del cliente SARLAFT diligenciado por los quienes van a recibir el pago.
- 3.2. Formato de autorización pago indemnización diligenciado por las personas que recibirán el pago.
- 3.3. Constancias firmadas por parte de los señores **Norman Luna Estacio, Luisa Ceila Ortiz Arroyo, Lucero Ortiz Arroyo y José Ferney Alderete Rosero** por medio de la cual se informen las cuentas bancarias a las que se debe realizar en favor de cada uno.
- 3.4. Certificación bancaria de la cuenta bancaria de la persona que reciba el pago y/o el apoderado con facultad de recibir.
- 3.5. Cedula ampliada al 150% de quien recibirá el pago de los demandantes.
- 3.6. Desistimiento de la acción penal autenticado y radicado ante la Fiscalía General de la Nación.
- 3.7. Acta de la conciliación.

4. Una vez allegados los documentos en su integridad y en los términos indicados, **ALLIANZ SEGUROS S.A., AURA GRACIELA BETANCOURT RODRIGUEZ y JAVIER ALEXIS GONGORA BETANCOURT** contarán con el plazo de 15 días hábiles para realizar el pago de la suma de dinero referida. La recepción completa de los documentos indicados en los numerales **3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6. y 3.7.** constituye una condición suspensiva para la exigibilidad del pago, por tal razón, hasta que éstos no sean allegados debidamente y en su totalidad, de manera física y electrónica, no podrá verificarse pago alguno por parte de los demandados.

5. Una vez recibido el pago acordado, se entenderá ocurrido el resarcimiento que constituye la indemnización integral de todos y cada uno de los perjuicios sufridos por aquellos, éste hecho dará lugar a que se extinga por esa causa, cualquier acción penal, civil, administrativa o de otra índole que pueda iniciarse o se hubiere iniciado en contra de los convocados o con motivo de los hechos que dieron origen a esta



conciliación.

6. Este acuerdo se celebra bajo la premisa de que los señores **los demandantes** declaran que son los únicos perjudicados como consecuencia de las lesiones de los señores **Norman Luna Estacio y Lucero Ortiz Arroyo ocasionadas en el accidente de tránsito ocurrido el día 01 de mayo del 2023**, y en esa medida manifiestan que no existe ningún otro reclamante con derecho alguno, y comprometen su responsabilidad si esta declaración no corresponde a la realidad.

**Los demandantes**, bajo la gravedad de juramento, manifiestan expresamente que son los únicos con derecho a ser resarcidos y las únicas personas que podrían reclamar una indemnización, a raíz las lesiones de los señores **Norman Luna Estacio y Lucero Ortiz Arroyo ocasionadas en el accidente de tránsito ocurrido el día 01 de mayo del 2023** que nos convoca a esta diligencia, y afirma que sabe que no existen otras personas que puedan alegar derecho alguno o que tengan derecho a reclamar una indemnización por las lesiones de los señores **Norman Luna Estacio y Lucero Ortiz Arroyo ocasionadas en el accidente de tránsito ocurrido el día 01 de mayo del 2023** o con ocasión del acuerdo del resarcimiento aquí reconocido; declaración ésta en virtud de la cual **Allianz Seguros S.A.** y las demás partes demandadas, aceptan y celebran este acuerdo. En virtud de ello, los demandantes se comprometen a responder con su propio peculio, ante la eventual aparición de personas que aleguen y puedan acreditar tener algún derecho que se derive las lesiones de los señores **Norman Luna Estacio y Lucero Ortiz Arroyo ocasionadas en el accidente de tránsito ocurrido el día 01 de mayo del 2023** que hoy se concilia, de manera que los demandantes garantizan que ellos serán quienes indemnicen a esas personas que eventualmente se presenten.

-De la misma manera se deja como obligación de la parte demandante remitir el escrito donde se radica el desistimiento de la acción penal por parte del señor **Norman Luna Estacio y Lucero Ortiz Arroyo** a los correos de los apoderados de la parte demandada que representa a los señores **Aura Graciela Betancourt Rodríguez** y **Javier Alexis Góngora Betancourt**, que corresponden a las siguientes direcciones electrónicas [cblandon@hgdsas.com](mailto:cblandon@hgdsas.com), [cvallecilla@hgdsas.com](mailto:cvallecilla@hgdsas.com) y [cgiraldo@hgdsas.com](mailto:cgiraldo@hgdsas.com).

Acto seguido el señor Juez consulta a cada uno de los intervinientes si está de acuerdo con el contenido de la propuesta. Las partes demandantes y demandadas, así como sus apoderados de manera unánime expresan su conformidad con la propuesta y de esta manera se materializa el acuerdo.

En vista del anterior acuerdo, se dicta el siguiente **AUTO**:

Visto el acuerdo llegado entre las partes, el cual es equitativo y no contraviene norma del orden público, el **JUZGADO SEGUNDO DEL CIRCUITO DE TUMACO** resuelve:

**Primero.** Aprobar el acuerdo conciliatorio llegado, como parte demandante, por un lado, por los señores **Norman Luna Estacio, Florencia Angulo Chillambo, María Estefanía Luna Angulo**, dentro del proceso con radicado 2023-00083; y por parte del otro proceso acumulado 2023-00103, señores **Lucero Ortiz Arroyo C.C., Leoncio J. Ortiz Quiñonez, Luisa Celia Ortiz Arroyo, Luisa Amalia Quiñonez De Ortiz**. Por la parte demandada en ambos procesos, señores **Aura Graciela Betancourt Rodríguez, Javier Alexis Góngora Betancourt, y Allianz Seguros S.A.**

**Segundo.** En virtud de la conciliación llegada entre las partes, termínese anticipadamente este proceso.



**Tercero.** *Levantar las medidas cautelares dictadas dentro del proceso 528353103002-2023-00083-00 (acumulado) 528353103002-2023-00103-00.*

**Cuarto.** *En firme, archívese el proceso dejando las anotaciones del caso.*

Esta providencia es notificada por estados.

Procede el señor Juez a consultar si existe algún pronunciamiento por parte de los apoderados de la parte demandante y demandada, a lo cual manifiestan no tener reparos u objeciones con lo decidido.

Se da el cierre de la presente diligencia, siendo las 4:pm del veinticuatro (24) de abril de dos mil veinticuatro (2024)

Se aclara que esta acta tiene fines meramente informativos y el contenido que tiene plena validez, para todos los efectos pertinentes, es la grabación en audio y video disponible en el enlace antes señalado.

**ESTA ACTA SE FIRMA A LOS VEINTICUATRO (24) DE ABRIL DE DOS MIL VEINTICUATRO (2024).**

**PABLO JOSÉ GÓMEZ RIVERA**  
**JUEZ**

Remite:  
 Jose Ferney Alderete  
 Condominio Aquino 1 casa 46.  
 Pasto - Nariño



Lic. Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000  
 Lic. Minic 001368 del 4/8/2020  
 CIU 4923 Transporte de Mercancia  
 CIU 5320 Mensajería Expresa

DE02



CONTADO

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA OC09 096000409660

envia Colvanes S.A.S. NIT 800.185.306-4  
 Principal: Carrera 88 No. 17B-10 Bogotá D.C.  
 Atención al Usuario (2) 7419270  
 www.envia.co

RES.18764048800821 10/05/2023  
 PREFIJO OC09 96000132001 AL 96001000000

CUFE  
 1b1e6b3efb1fe8348276187bbeb6371dfe869e7995e6e7eba7a72df38afaccf89297007c1bdb3ca512880a64c5a1  
 Somos Autorrenedores Resoluc: 4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc: 9061 Dic/2020

FEC GENERACION/ADMISION 11/06/2024		ORIGEN PASTO	DESTINO: CALI VALLE		REG DESTINO CALI	CITA ENTREGA
REMITENTE: JOS FERNEY ALDERETE		CENTRO DE COSTO:		CAUSAL DEVOLUCION		Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo destino.
EMAIL: DIRECCION: CONDOMINIO AQUINO I CASA 46		UNIDADES 1		Desconocido No. 31		INTENTO DE ENTREGA
Tel: 3175939918 CÉDULA/TI/NIT 1085277342 COD POSTAL ORIGEN CUENTA: 09-008-0000000		PESO(gramos) 1000		Rehusado No. 44		
PARA: ALLIANS SEGUROS S A		PESO VOL 1		No Reside No. 35		Guía complementaria de devolución Recibi a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinatario
EMAIL: DIRECCION: AVDA 6 A BIS NO. 35-100 OF. 212 C.C. CHIPICHAPE		PESOACOBRRAR(Kg) 1		No Reclamado No. 40		
TEL: 3154261025 CÉDULA/TI/NIT 760046328 COD POSTAL 760046328 RECIBE LOS SÁBADOS. SI		VALORDECLARADO 10000		Dir. Errada No. 34		
NOTAS: - SIN TEXTO GUIA		VAL SERV ME 7900		Fecha de devolución al Remitente		
Nombre CC Remitente		FLETE VARIABLE 0		Observaciones en la entrega:		
DOCUMENTO		OTROS 0		Fecha Estimada de Entrega: 13/06/2024		
		TOTAL FLETE 7900				
		CARTAPORTE: NO				

ORIGEN ENVIA - PRUEBA DE ENTREGA

FOPER01



Lic. Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000  
 Lic. Minic 001368 del 4/8/2020  
 CIU 4923 Transporte de Mercancia  
 CIU 5320 Mensajería Expresa

DE02



CONTADO

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA OC09 096000409660

envia Colvanes S.A.S. NIT 800.185.306-4  
 Principal: Carrera 88 No. 17B-10 Bogotá D.C.  
 Atención al Usuario (2) 7419270  
 www.envia.co

RES.18764048800821 10/05/2023  
 PREFIJO OC09 96000132001 AL 96001000000

CUFE  
 1b1e6b3efb1fe8348276187bbeb6371dfe869e7995e6e7eba7a72df38afaccf89297007c1bdb3ca512880a64c5a1  
 Somos Autorrenedores Resoluc: 4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc: 9061 Dic/2020

FEC GENERACION/ADMISION 11/06/2024		ORIGEN PASTO	DESTINO: CALI VALLE		REG DESTINO CALI	CITA ENTREGA
REMITENTE: JOS FERNEY ALDERETE		CENTRO DE COSTO:		CAUSAL DEVOLUCION		Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo destino.
EMAIL: DIRECCION: CONDOMINIO AQUINO I CASA 46		UNIDADES 1		Desconocido No. 31		INTENTO DE ENTREGA
Tel: 3175939918 CÉDULA/TI/NIT 1085277342 COD POSTAL ORIGEN CUENTA: 09-008-0000000		PESO(gramos) 1000		Rehusado No. 44		
PARA: ALLIANS SEGUROS S A		PESO VOL 1		No Reside No. 35		Guía complementaria de devolución Recibi a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinatario
EMAIL: DIRECCION: AVDA 6 A BIS NO. 35-100 OF. 212 C.C. CHIPICHAPE		PESOACOBRRAR(Kg) 1		No Reclamado No. 40		
TEL: 3154261025 CÉDULA/TI/NIT 760046328 COD POSTAL 760046328 RECIBE LOS SÁBADOS. SI		VALORDECLARADO 10000		Dir. Errada No. 34		
NOTAS: - SIN TEXTO GUIA		VAL SERV ME 7900		Fecha de devolución al Remitente		
Nombre CC Remitente		FLETE VARIABLE 0		Observaciones en la entrega:		
DOCUMENTO		OTROS 0		Fecha Estimada de Entrega: 13/06/2024		
		TOTAL FLETE 7900				
		CARTAPORTE: NO				

DESTINATARIO PRUEBA DE ENTREGA

FOPER01

**clicoh**  
 0036  
 096000409660  
 11-06-2024 08:04 AM  
 588130845602

*Ana Liza Jimeno*  
 13 JUN 2024