Doctor(a):
FISCALIA 12 LOCAL
Popayán – Cauca

RADICADO: 190016000602202202669.

ACTA DE DESISTIMIENTO

ANA ELSSY ZAMBRANO TRUJILLO, identificada con la cedula de ciudadanía N° 65.733.084 de Ibagué, en calidad de victima directa, con domicilio en Popayán, actuando en mi calidad de pasajero del vehículo de placas **SAP-950,** dentro del accidente de tránsito ocurrido el El día 16 de octubre de 2022 a las 10:35 a.m. aproximadamente, en la carrera 6 con calle 8 en el barrio centro en la comuna 4 del municipio de Popayán, manifiesto que:

Dentro del accidente ocurrido el El día 16 de octubre de 2022 se vio involucrado el siguiente vehículo:

a).	**PLACA:**	SAP-950
	MARCA:	NON PLUS ULTRA
	CLASE:	BUSETA
	SERVICIO:	PARTICULAR
	LINEA:	TL-E-III
	COLOR:	COLOR, BLANCO, VERDE, ROJO
	MODELO:	2004
	COMBUSTIBLE	DIESEL
	CILINDRAJE	2.953
	TIPO CARROCERRIA	CERRADA
	NUMEROS DE MOTOR	CKDABFTL04N000869
	NUMERO DE CHASIS	CKDABFTO4N000869

Mediante el presente escrito, manifiesto que **DESISTO** de cualquier acción penal, civil o contravencional en contra del señor **GUSTAVO ADOLFO VELASCO VELASCO** identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.061.721.078 de Popayán en calidad de conductor del vehículo de placas **SAP-950, MILDRED ILIANA ORDOÑEZ QUINTERO** identificada con la cedula de ciudadanía N° 25.282.094, en calidad de propietaria del vehículo de placas **SAP-950, TRANSPORTADORA LIBERTAD S.A.S.** identificada con el NIT. 800.098.679-3 en calidad de empresa afiliadora, **TRANSPORTADORA LIBERTAD S.A.S.** identificada con el NIT. 800.098.679-3 en calidad de empresa afiliadora del vehículo de placas **SAP-950**, y **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** identificada con el NIT. 860.028.415-5 en calidad de empresa aseguradora, ya que hemos llegado a un acuerdo sobre las lesiones y daños ocasionados sobre los hechos del accidente de tránsito de una manera integral.

Así mismo hago constar que realizo dicho desistimiento de manera libre y voluntaria, declarando estar a **PAZ Y SALVO** en todo lo relacionado con las lesiones de este accidente de tránsito y libre de ulteriores reclamaciones al

señor **GUSTAVO ADOLFO VELASCO VELASCO** identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.061.721.078 de Popayán en calidad de conductor del vehículo de placas **SAP-950, MILDRED ILIANA ORDOÑEZ QUINTERO** identificada con la cedula de ciudadanía N° 25.282.094, en calidad de propietaria del vehículo de placas **SAP-950, TRANSPORTADORA LIBERTAD S.A.S** identificada con el NIT. 800.098.679-3 en calidad de empresa afiliadora, **TRANSPORTADORA LIBERTAD S.A.S.** identificada con el NIT. 800.098.679-3 en calidad de empresa afiliadora del vehículo de placas **SAP-950**, y **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** identificada con el NIT. 860.028.415-5 en calidad de empresa aseguradora.

El Presente desistimiento se realiza de conformidad con lo preceptuado al tenor del artículo 76 del Código de procedimiento penal, así como a las demás normas concordantes y aplicables al caso.

Como consecuencia de lo anterior desisto de toda acción civil, penal judicial o contravencional para que se tenga en cuenta al despacho que avoco el conocimiento de los hechos relacionados con el mencionado accidente de tránsito y renuncio a partir de la fecha a acudir a cualquier instancia judicial, ya que se desiste de las lesiones.

Así mismo manifestamos que NO se requiere procedimiento de Policía de Tránsito por lesiones, NI por los daños de los vehículos.

Para constancia de lo anterior se firma este documento en Popayán el once (11) días del mes de enero de dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente,

LESIONADA

ANA ELSSY ZAMBRANO TRUJILLO
C.C. N° 65.733.084 de Ibagué-Tolima.
PASAJERA DE VEHICULO *SAP-950*

TESTIGO

Firma: _____
Nombre: Fabian Andres Martnez Pet
Teléfono: 3168242562
Dirección: Calle 10 #13-17 los Almendros

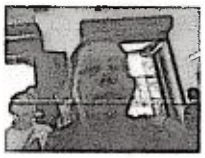
PARAGRAFO: Se le cancela al señor **ANA ELSSY ZAMBRANO TRUJILLO,** mayor de edad, identificada con la cedula de Ciudadanía C.C. N° 65.733.034 de Ibagué, la suma de **SIETE MILLONES DE PESOS ($7.000. 000.oo)** por las lesiones.

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

COD 49245

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el once (11) de enero de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría segunda (2) del Círculo de Popayán, compareció: ANA ELSSY ZAMBRANO TRUJILLO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0065733084 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

49245-1



697fe6d7

-------- Firma autógrafa --------

11/01/2024 14:59:29

El compareciente no fue identificado mediante biometría en línea debido a: Otras excepciones de ley.
Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Esta acta, rendida por el compareciente con destino a: INTERESADO.

Notaría Segunda de Popayán - Cauca

MARÍA DEL ROSARIO CUÉLLAR DE IBARRA
Notaria (2) del Círculo de Popayán , Departamento de Cauca
Consulte este documento en https://notariid.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 697fe6d7, 11/01/2024 14:59:37

N° SINIESTRO

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

AGENCIA	DD	MM	AAAA

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: ZAMBRANO | SEGUNDO APELLIDO: TRUJILLO | PRIMER NOMBRE: ANA | SEGUNDO NOMBRE: ELSSY

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R [ ] OTR [ ] NÚMERO: 65733084 LUGAR DE EXPEDICIÓN: IBAGUE FECHA DE EXPEDICIÓN: 20/02/1985 SEXO F [X] M [ ]

FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1966 NACIONALIDAD: COLOMBIANA OCUPACION / PROFESION: AMA DE CASA

ESTADO CIVIL: CASADO [ ] SOLTERO [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: 0 ESTRATO: 1

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] AMA DE CASA [X] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [ ] ACTIVIDAD ECONÓMICA: AMA DE CASA

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A CARGO: N/A

CIUDAD: N/A DIRECCION: N/A TELEFONO: N/A FAX: N/A

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 73 N #3-27 CIUDAD DE RESIDENCIA: POPAYAN

TELEFONO: CELULAR: 3168242562 EMAIL: fabian.1903@hotmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? [ ] SI [X] NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? [X] NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? [ ] SI [X] NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL _____ NIT _____

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

C.C. [ ] C.E. [ ] NÚMERO _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

PAG. WEB

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO: | FAX:

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] CIVIL [ ] OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		
	C.C. [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el benficiario)

INGRESOS MENSUALES: $ 0 ACTIVOS: $ 0

EGRESOS MENSUALES: $ 0 PASIVOS: $ 0

OTROS INGRESOS: $ 0 CONCEPTO OTROS INGRESOS: N/A

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	[ ]	[ ]
N/A	N/A	N/A	N/A	[ ]	[ ]

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): N/A
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL	PERSONA JURIDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).	EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 65733084

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: CÉDULA:

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIMACIÓN DE DATOS.

equidad seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIARIO: ☐ OTRO: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIOS: ☐ OTRO: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: ANA ELSSY		PRIMER APELLIDO: ZAMBRANO	SEGUNDO APELLIDO: TRUJILLO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO: 65733084	FECHA EXPEDICION: 20/02/1985	CIUDAD EXPEDICION: IBAGUE
DIRECCION: CALLE 73 N #3-27		CIUDAD: POPAYAN	DEPARTAMENTO: CAUCA
TELEFONOS: N/A		FAX:	CELULAR: 3168242562

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

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 7942014436	CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☒	CÓDIGO DEL BANCO: 19
BANCO: SCOTIABANK COLPATRIA	SUCURSAL: POPAYAN	CIUDAD: POPAYAN

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

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

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

Email: _____

En constancia se firma en: Popayan a los (20) del mes de Diciembre de 2023

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural
65733084

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

equidad seguros
Una aseguradora cooperativa con sentido social

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

Fecha Diligenciamiento: 20/12/2023 Ciudad: POPAYAN Sucursal: POPAYAN

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

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

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

Tomador-Asegurado	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐ Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐ Cual _____
Asegurado-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐ Cual _____

1.INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: ZAMBRANO SEGUNDO APELLIDO: TRUJILLO NOMBRES: ANA ELSSY
TIPO DE DOCUMENTO: C.C NÚMERO: 65733084 FECHA DE EXPEDICIÓN: 20/02/1985 LUGAR DE EXPEDICIÓN: IBAGUE
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1966 LUGAR DE NACIMIENTO: IBAGUE NACIONALIDAD 1: COLOMBIANA NACIONALIDAD 2: _____
E-MAIL: fabian.1903@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): CALLE 93 N #3-27 CIUDAD: POPAYAN
DEPARTAMENTO: CAUCA TELÉFONO: N/A CELULAR: 3168242562
SECTOR: URBANO CIIU (cod): N/A TIPO DE ACTIVIDAD: AMA DE CASA ¿Cual?: N/A
OCUPACIÓN: AMA DE CASA CARGO: N/A EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A
CIUDAD: POPAYAN DIRECCIÓN (Oficina): N/A DEPARTAMENTO: CAUCA
TELÉFONO (Oficina): N/A ACTIVIDAD SECUNDARIA: N/A CIIU (cod): N/A
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes): N/A

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	0	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	0
ACTIVOS (Pesos)	0	PASIVO (Pesos)	0
PATRIMONIO (Activos-PasivosPesos)	0	OTROS INGRESOS (Pesos)	0

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES 0

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente?. (Ver definición en el pie de página)	SI ☐ NO ☒	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI ☐ NO ☒

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

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	SI ☐ NO ☒	

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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

Origen de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒ CUAL _____
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☒ ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

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

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

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RESULTADO

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

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

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

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:

a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
e. El control y la prevención del fraude.
f. La liquidación y pago de siniestros.
g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.

3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, trasmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:

a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

5. [illegible], para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlo
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, trasmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

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

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

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

6. FIRMA Y HUELLA

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

FIRMA CLIENTE O APODERADO

Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: _____

Resultados de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

Firma: _____

Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

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

*Vinculo/Relación

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.733.084**

ZAMBRANO TRUJILLO

APELLIDOS

ANA ELSSY

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1966**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-FEB-1985 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1100100-00131188-F-0065733084-20081124 0006866341A 1 7760008813

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.

NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA

El (La) señor(a) **ANA ELSSY ZAMBRANO TRUJILLO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 65,733,084********** se encuentra vinculado(a) a través de la cuenta de Ahorros **No. 7.942.014.436** con fecha de apertura **27 de Octubre de 2023,** y presenta un saldo a la fecha de **N.**

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

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de **BOGOTÁ,** a los **Diciembre 12 del 2023.**

Este documento es válido para los fines que se requiera.

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

POPSILYA
11071077

Andres F Martinez
1061726573
Cra 10 #13-17
Los Americas
Yumbo / Cali
3182425662

MENSAJERÍA ETIQUETA
CALI\VALL\COL

FECHA DE ADMISIÓN: 17/01/2024 14:22

CLO

Nº 700117735205

A25
X1

PPY CLO

CASILLERO	31	69
PUERTA	11-F	12-1

DESTINATARIO Cod postal: 760046328
MARIA FERNANDA LOPEZ
CC *********
****
AV 6 A BIS # 35 NORTE - 100 OF 212 GHA ABOGADOS Y ASOCIADOS TEL- 6026594075

REMITENTE
FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ
CC *********
****
POPAYAN\CAUC\COL

Dice contener: *********

No. 700117735205
Peso: 1 KG Vrl. Comercial: $ 25.000
ENTREGA ESTIMADA 18/01/2024 - 18:00
BOLSA #: **CONTADO**
VALOR A COBRAR: $ 0
Observaciones:

Recibido por:
C.C #

FIRMA Y SELLO

PPY CLO

CASILLERO	31	69
PUERTA	11-F	12-1

Para más info escanea este código:

www.interrapidisimo.com – PQR'S serviclientedocumentos@interrapidisimo.com Casa Matriz Bogotá D.C. Carrera 30 # 7 - 45 / Centro Logistico Bogotá D.C. Calle 18 # 65a - 03 – PBX 5605000 Cel: 323 2554455 8473a1bf-7347-4eba-b58c-d10d3048cb5b GMC-GMC-R-09 No. 700117735205 4742 / pas4742.popayan

Nº 700117735205

Tipo de entrega: *********

Nº 700117735205

(GHA) Abogados y A
Maria Fernanda Lopez
Oficina Av 6A Bis
#35N-100
OF 212
Cali - Valle del C
Centro Empresarial Chipich