

Medellín, 12 de enero de 2024

Doctora,
JUANA CAROLINA PERNIA OSORIO,
apoderada,
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
jpernia@gha.com.co
Avenida 6A. Bis. Numero 35N-100. Oficina: 212.
Centro Empresarial Chipichape
Cali.

REF: **ENVIO NUEVOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA PAGO DE INDEMNIZACION VIA CONCILIACION EXTRAJUDICIAL.**

S/VEHICULO: **SNP-360.**
S/ASEGURADA: **TRANSPORTADORA PUEBLO VIEJO S.A.S.**

Respetada Doctora Juana Carolina.

En mi calidad de apoderado de la señora **LUZ ELENA OSPINA GONZALEZ,** víctima de accidente de tránsito ocurrido en Jurisdicción **del Municipio de La Estrella,** protagonizado por el citado automotor asegurado con ustedes, por medio de la presente y de la manera más respetuosa, me permito manifestarle,

Que adjunto a la presente, los tres requisitos exigidos por ustedes, dentro de las conversaciones y escritos cruzados, y en la audiencia de conciliación, en aras de realizar el pago de la indemnización integral de perjuicios, acordados extrajudicialmente.

Tales requisitos son en su orden:

- 1.FORMULARIO DE CONOCIMIENTO AL CLIENTE PERSONA NATURAL,
- 2.FORMULARIO DE AUTORIZACION PAGO DE INDEMNIZACION.
- 3.COPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA, de la víctima.
4. CERTIFICACION BANCARIA, cuenta de ahorros nro de cuenta: **243611-46502.**
5. COPIA DEL ESCRITO DE DESISTIMIENTO ACCION PENAL (**No existe**)

Todo lo anterior, debidamente **"LEGIBLE"**, tal y como lo exigen.

Por su Sagrada Ética, Amabilidad, Honestidad, Rectitud, Compromiso Social y con la Justicia, reciba mis sinceros agradecimientos.

Respetuosamente,

FRANCISCO JAVIER JARAMILLO C.
T.P. 91.719 del C.S. de la Judicatura.
"Ética y Estética".
franciscojjaramillo@gmail.com




AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIA: ☐ OT: ☐ CUAL: _____

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

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Luz Elena PRIMER APELLIDO: Ospina SEGUNDO APELLIDO: Gonzalez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Cédula NÚMERO: 43'446.112 FECHA EXPEDICIÓN: 2013 Sep 11 1985 CIUDAD EXPEDICIÓN: Tamesis (Ant)

DIRECCIÓN: Cll. 122 A. Sur. Nro. 53-11. Int. 201. CIUDAD: Caldas DEPARTAMENTO: Antioquia

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: 312-840-9256

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: 24361146502 CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☒ CÓDIGO DEL BANCO: _____

BANCO: Banco lombia SUCURSAL: Estrella CIUDAD: Medellin

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSIÓN	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: luzospina3040@gmail.com

En constancia se firma en: Caldas, (Ant) a los (20) del mes de: Diciembre de 2013.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

43 446 112

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	20	Diciembre	2023

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	Ospina	SEGUNDO APELLIDO	Gonzalez	PRIMER NOMBRE	Luz	SEGUNDO NOMBRE	Elena	
C.C.	☒ C.E.	T.I.	☐ R.	OTR.	NÚMERO:	43446112	LUGAR DE EXPEDICIÓN:	Tame sis
FECHA DE NACIMIENTO:	11/Mayo/1967	NACIONALIDAD:	Colombiana	FECHA DE EXPEDICIÓN:	20/50/1985	EXO F.	☒ M.	
ESTADO CIVIL:	CASADO ☐	SOLTERO ☐	SEPARADO ☐	VIUDO ☐	N° DE HIJOS:	2	ESTRATO:	2
TIPO DE ACTIVIDAD:	ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	AMA DE CASA ☒	RENTISTA ☐	PENSIONADO ☐	INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA							CARGO	
CIUDAD		DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA							Ciudad de Residencia	
CII. 122 A. Sur. Nro. 53-11. Int. 201.							Caldas (Ant.)	
TELÉFONO		CELULAR		EMAIL				
		812-840-92-56		luzospina3040@gmail.com				
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO				POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? ☐ SI ☒ NO				
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☒ NO								
SIALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:								

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN 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: DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO:
PAG. WEB			FAX:
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO:
			FAX:
TIPO DE EMPRESA:	PÚBLICA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL ☐
	PRIVADA ☐		COMERCIAL ☐
	MIXTA ☐		TRANSPORTE ☐
			CONSTRUCCIÓN ☐
			AGRÍCOLA ☐
			CIVIL ☐
OTRA:			
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			

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

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	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 beneficiario)

INGRESOS MENSUALES	\$ 1.800.000	ACTIVOS	\$ 1.
EGRESOS MENSUALES	\$ 1800.000	PASIVOS	\$
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

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

Declaro expresamente que:

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

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL

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).

PERSONA JURÍDICA

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

x Luz Elena Ospina Gonzalez *x*
 FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 43446112



HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS.

NOMBRE:

CÉDULA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.446.112

OSPINA GONZALEZ

APELLIDOS

LUZ ELENA

NOMBRES

Luiz Elena Ospina G

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

11-MAY-1967

TAMESIS
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

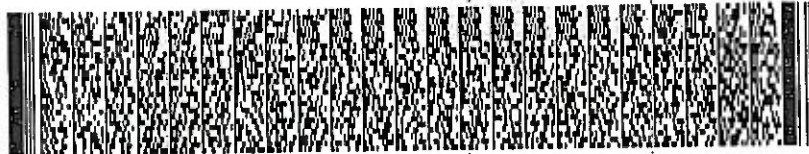
SEXO

20-SEP-1985 TAMESIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0100150-00299343-F-0043446112-20110509

0026902939A 1

2051315996

Referencia Bancaria

Viernes, 15 de diciembre de 2023

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUZ ELENA OSPINA GONZALEZ identificado(a) con CC 43.446.112, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	24361146502	2023/12/15	ACTIVA

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

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

le estamos poniendo el alma

Bancolombia 



Ministerio de Transporte: Licencias No. 805 de marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct. 8/2020.

NO APLICACIÓN

Madrid

17 ENE 2024

G. HERRERA & ASOCIADOS

servientre



SE0000058987916



9167262459

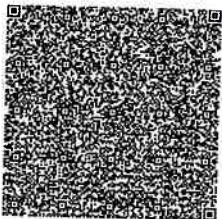
CALI

VALLE

F.P. CON

12 Pens

AGENTE: FRANCISCO JAVIER JARAMILLO
OGADO
DELLIN - ANTIOQUIA
: 3122125902



Vr. A Cobrar \$ 0

TINATARIO: JUANA CAROLINA PERINIA
JINA

HT: 3226008434

: 3226008434

AVENIDA 6 A BIS 35 N -100 OF.
2 CENTRO EMPRESARIAL
IPICHAPE