

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: Alex Atalivar Cardozo Arias Nit./C.C. 71792325

Oficina principal: Dirección Carrera 42 # 7A Sur-92 Ciudad Medellin Teléfono 3218358530

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido Cardozo Segundo Apellido Arias Nombres Completos Alex atalivar

Tipo de documento Cedula Ciudadania N° 71792325 Dirección Cra 42 # 7A Sur - 42

Ciudad Medellin Teléfono 3218358530

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 Alex Cardozo identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 71792325 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 _____ 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.

Cód. Entidad Financiera (según relación) 007 Número de Cuenta (validar según relación) 48797752676 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 NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO 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: 6265903 y a nivel nacional: 018000514405-Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

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

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

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento o 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

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: 71792325
C.C. No. Alex Atalivar Cardozo

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 CNB 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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
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
Cooameva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	061	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

VERSIÓN 171219-1

Autorización de pagos

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO
 Por su actividad u oficina 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 U.M. y una persona considerada como SI NO
 Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:
Seleccionar SI o NO y especificar respuestas SI

Tomador
 Nombre o razón social **Nombre del asegurado (Persona o empresa asegurada)** N° / C.C.
 Oficina principal Dirección Ciudad Teléfono

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: Solo diligencian las personas jurídicas
 Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos
 Tipo de documento N° Dirección
 Ciudad Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 Yo **Nombre** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o NIT No **Cedula** 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 consignar 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 él.

Código Entidad Financiera (según relación) **007** Número de Cuenta (validar según relación) **48797752676** 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 NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECALDO LA PRIMA.
 Bancolombia: Tarjeta Allianz:
 Cheque Efectivo **Diligenciar número y tipo de cuenta o seleccionar pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)**
 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, FASECOLD y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.
IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.
 Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.
 Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.
2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.
 Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.
3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO
 Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.
 Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) línea call center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al Cliente; y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT 860.027.404-1 - Bogotá - Versión 171216-1

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma
FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO
 Firmar con huella

 Nombre: **Alex Atalvar Cordoba**
 C.C. No: **71792825**

Códigos de banco

ENTIDAD	CÓDIGO	VALORES EN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALORES EN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	031	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Coljumbo	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 del Bío	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
Citibank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citiban	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
CSB	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Comerica	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco CIB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Camandero BOVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Inverursa S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Wrem Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

Bogotá, 04-11-2021

Señores
ALLIANZ SEGUROS S.A.
Ciudad

Asunto: Autorización de descuento
Póliza:
Siniestro:

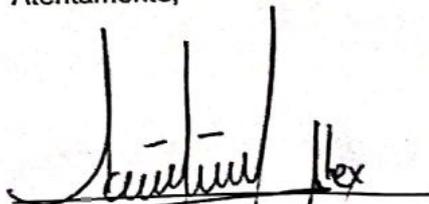
Yo, Alex A. Cardozo Arias identificado como aparece al pie de mi firma autorizo a Allianz Seguros S.A, Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A., y/o Sett Brokers S.A.S, para que en mi nombre realice los trámites y pagos correspondientes a la gestión de Cancelación de matrícula y/o traspaso del vehículo de placas ERS 538 :

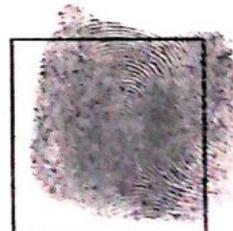
- o Certificado de tradición,
- o Derechos de tránsito,
- o Impuestos,
- o Comparendos,
- o SOAT,
- o Multas

Así mismo, autorizo a Allianz Seguros S.A. a descontar del valor de la indemnización, el valor de los gastos en que se incurra en el trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula. De igual manera a que sea consignada la diferencia a mi favor (en caso de presentarse) a mi cuenta bancaria.

*Manifiesto (i) que recibí por parte de Allianz Seguros S.A., de Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A y/o de Sett Brokers S.A.S, toda la información correspondiente al trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula (tiempo promedio, costos, etc.) y (ii) que Allianz Seguros S.A., la Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A y/o Sett Brokers S.A.S, no tienen ninguna responsabilidad por las demoras que se presenten en el trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula salvo que dichas demoras le sean imputables, es decir, no tiene ninguna responsabilidad por las demoras que sean consecuencia propia del trámite ante las autoridades respectivas.

Atentamente,


C.C. No. 71792825



HUELLA



MEBAR

SALA DE DENUNCIAS - SECCIONAL DE INVESTIGACION CRIMINAL
GRUPO INVESTIGACION JUDICIAL MEBAR - Telefono: SIN DEFINIR

Numero Unico: 080016104366202116006
 Ciudad: ATLÁNTICO
 Numero asignado en SIEDCO: 29454669

Autoridad a la cual se remitira la noticia criminal: FISCALIA LOCAL REPARTO
 Fecha: 29/10/21 Hora: 15:38:35

DATOS DEL DENUNCIANTE

Nombres: CESAR AGUSTIN
 Tipo identificacion: CEDULA DE CIUDADANIA
 Lugar Exp: Barranquilla (CT)
 Sexo: MA
 Lugar nacimiento: Barranquilla (CT)
 Fecha nacimiento: 20/08/1992
 Direccion residencia: CALLE 99C No. 43-150
 Municipio residencia: Barranquilla (CT)
 Direccion trabajo: No reporta

Apellidos: CASTRO JIMENEZ
 Numero: 1045708062
 Edad: 29
 Estado civil: DIVORCIADO
 Ocupacion:
 Telefono residencia: 3007747717
 Barrio residencia: MIRAMAR
 Telefono trabajo: No reporta

CONDUCTAS DENUNCIADAS:

ARTÍCULO 239. HURTO AUTOMOTORES
 Modalidad: ATRACO
 Arma empleada: ARMA DE FUEGO
 Cuantia (pesos colombianos): 100000000

VEHICULOS:

Clase: AUTOMOVIL
 Color: PLATA
 Modelo: 2019
 Motor: 27091031739367

Marca: MERCEDES BENZ
 Placa: FRS538
 Chasis: WDD1173421N718141

DATOS SOBRE LOS HECHOS

DATOS SOBRE LOS HECHOS: Se hace constar que el denunciante está informado sobre la obligación legal que tiene toda persona mayor de dieciocho años de denunciar cualquier hecho punible de cuya comisión tenga conocimiento y que deba investigarse de oficio; de la exoneración del deber de denunciar contra si mismo, contra su cónyuge o compañero(a) permanente, pariente dentro de cuarto grado de consanguinidad, segundo en afinidad y primero civil; ni los hechos que haya conocido en el ejercicio de una actividad amparada por el secreto profesional y sobre las sanciones penales que serán impuestas a quien preste falsa denuncia (Art. 67,68 y 69 C.P.P., 435 - 436 C.P.). Artículo 11 del código de procedimiento penal, ley 906 de 2004, usted tiene derecho a: 1. Recibir atención y protección inmediata, 2. Recibir durante todo el proceso un trato humano y digno, 3. Obtener medidas de atención y protección, 4. Recibir información e intervención en la actuación penal, 5. Ser oídas y a que se les facilite el aporte de pruebas, 6. Ser informadas sobre las decisiones definitivas relativa a la persecución penal, 7. Recibir asistencia integral para su recuperación en los términos que señala la ley, 8. Ser asistida durante el juicio y el incidente de reparación integral si el interés de la justicia lo exigiere, 9. Que se consideren sus intereses al adoptar una decisión de discreción sobre la persecución del injusto. Usted tiene el deber de: 1. Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia, 2. Asistir a los requerimientos realizados por la fiscalía general de la nación con ocasión a su denuncia, 3. Ofrecer un trato respetuoso hacia los funcionarios que intervienen en su procedimiento.

Fecha de comision de los hechos: 28/10/21
 Hora de ocurrencia: 06:45:00

Dirección de los hechos: SN - CENTRO
 Clase de sitio: CARRETERA
 Ciudad: RIOHACHA (CT), Departamento: GUAJIRA

RELATO DE LOS HECHOS: Relato de los hechos (describir las circunstancias de modo, tiempo y lugar de los acontecimientos); (SI EL IMPUTADO ES CONOCIDO, EXISTEN TESTIGOS PRESENCIALES Y HAY DATOS PRECISOS DE VEHICULOS QUE HAYAN PARTICIPADO EN EL HECHO, RELACIONARLOS DETALLADAMENTE AL FINAL DEL RELATO).

P/ Haga una descripción breve y concreta de los hechos que va a denunciar. R/ el día de hoy 29 de octubre del 2021, llega hasta las instalaciones de la SIJIN MEBAR, el señor CESAR AGUSTIN CASTRO JIMENEZ, identificado con cedula de ciudadanía 1.045.708.062 de Barranquilla, celular 3007747717, el cual fue víctima de hurto del vehículo de placa de ciudadanía FRS538, Modalidad ATRACO, los hechos se presentan el día 28 de octubre del presente año, siendo aproximadamente 06:45 AM, momentos que me desplazaba en dicho vehículo sobre la avenida carrera séptima, jurisdicción del municipio de Riohacha (La guajira), habían unos animales en la vía por lo cual detengo el vehículo ya que delante mío había otro vehículo de color verde estacionado esperando que pasaran los animales, el conductor de dicho vehículo se baja se acerca al carro y me dice algo pero no lo escuchaba por lo cual bajo el vidrio y es cuando este sujeto me intimida con arma de fuego me dice que me baje del vehículo, al bajarme sale otro sujeto que se baja del vehículo antes mencionado, me manifiestan que me fuera al lado de la carretera y se montan al vehículo dándose a la huida con rumbo desconocido en los dos vehículos, trate de detener un vehículo pero ninguno se detuvo ayudarme, después de 45 minutos es que se detiene un vehículo el cual me traslada hasta el municipio de Riohacha, me dirijo a la estación de policía donde informo los hechos ocurridos, me atendió el Patrullero MARQUEZ, encargado de hurto automotores de la SIJIN de dicho municipio, de igual forma me hurtan mis pertenencias 01 teléfono celular marca SAMSUNG A 51, 01 PC portátil marca HP, mis documentos personales cedula de ciudadanía, licencia de conducción y dos tarjetas débitos, es por estos hechos que quiero ponerlos en conocimiento de las autoridades competentes. P/ ¿Dónde ocurrieron los hechos? (Departamento, ciudad, barrio, puntos de referencia y dirección). R/ En la avenida carrera séptima, jurisdicción del municipio de Riohacha (La guajira). P/ ¿En qué fecha y hora ocurrieron los hechos? R/ El día 28 de octubre de 2021, siendo aproximadamente las 06:45 horas. P/ Describa el lugar de los hechos (visibilidad, si era solitario o despoblado) R/ Solitario. P/ ¿Quién es la persona que cometió el delito? (Nombre completo, identificación, alias, edad, arraigo, lugar de trabajo, familiares) En caso de que no lo conozca, ¿sospecha de alguien?, en caso afirmativo ¿por qué? R/ Desconozco. P/ ¿Cuántas personas cometieron el hecho? R/ 04 personas de sexo masculino. P/ ¿Está en capacidad de reconocerlo? R/ Si. P/ ¿Dónde se ubica la persona denunciada? (Teléfono, dirección o medios electrónicos) R/ Desconozco. P/ ¿Hubo uso de sustancias tóxicas para perpetrar el hurto? En caso afirmativo ¿cómo fueron suministradas? R/ No. P/ ¿Qué le hurtaron? Indique las características del automotor: marca, modelo, tipo, línea, cilindraje, color, placas, número de serie del motor, chasis, el uso que se le daba, dirección del tránsito donde se encuentra matriculado y otras características. R/ Marca MERCEDES BENZ, modelo 2019, chasis WDD1173421N718141, tipo Particular, línea CLA 180, cilindraje 1595, color PLATA POLAR METALIZADO, placas FRS538, motor 27091031739367, dirección tránsito STRIA DTAL TTO BARRANQUILLA. P/ ¿En el sector se han presentado otros hurtos de vehículos? R/ Desconozco. P/ ¿Quién es el propietario del vehículo y a nombre de quién se encuentra inscrito? R/ Está a nombre de ALEX ATALIVAR CARDOZO ARIAS con cedula de ciudadanía No. 71.792.825 de Medellín. P/ ¿Cuál es el valor de lo hurtado? R/ \$ 100.000.000 Millones de pesos. P/ Describa detalladamente la conducta realizada para apoderarse de esos bienes. R/ Dos sujetos me intimidan con arma de fuego me hurtan el vehículo y pertenencias.

P/ ¿Para apoderarse de esos bienes se ejerció violencia sobre las personas? (Física, moral, verbal o psicológica) ¿O sobre las cosas? R/ Si, física, psicológica y verbal. P/ ¿En qué se transportaban el o los sujetos que cometieron el hurto? (si es en vehículo, indique placa, marca, color, cilindraje alto o bajo) R/ En vehículo. P/ ¿Existen testigos y dónde se ubican? (Dirección, teléfono, medios electrónicos). R/ No. P/ Además del valor de lo hurtado ¿tuvo algún perjuicio? En caso afirmativo ¿en cuánto lo avalúa? R/ Si, las pertenencias 4.000.000 millones de pesos. P/ ¿En el lugar o en sus alrededores, existen cámaras donde haya podido quedar registrado el hurto? R/ Desconozco. P/ ¿En el lugar hay vigilancia privada? En caso afirmativo aporte el nombre de la empresa, del portero, del rondero u otros R/ Desconozco. P/ ¿El vehículo cuenta con otros sistemas de seguridad? R/ No. P/ ¿Tiene evidencia o elementos que pueda aportar a la investigación? En caso afirmativo, ¿cuáles? R/ Los documentos del vehículo. P/ ¿Tiene algo más que agregar a la presente denuncia? R/ Si, que los funcionarios de la SIJIN, que atendieron el caso le solicito llegar al lugar de los hechos para realizar las verificaciones y hacen caso omiso, de igual forma no me reciben la denuncia penal por que el sistema estaba fallando.

29/10/21 16:28

siedco:7777/sidenco/!rep_nunc.html?v_hecho_id=29454669

No siendo otro el objeto de la presente diligencia, se dá por terminada y una vez leída y aprobada se firma tal y como aparece por los que en ella intervinieron. SE OBSERVÓ LO DE LEY.

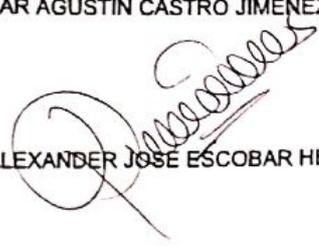
Firman:

Denunciante:

CESAR AGUSTIN CASTRO JIMENEZ

Autoridad que receptiona:

PT ALEXANDER JOSE ESCOBAR HERRERA



siedco:7777/sidenco/!rep_nunc.html?v_hecho_id=29454669