



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
TARJETA DE REGISTRO DE REMOLQUE O SEMIRREMOLQUE

No. 117640

No. DE PLACA
S02467

MARCA
RANDON

AÑO MODELO
2023

LÍNEA
SR BA PL AB 03 30

CLASE
SEMIREMOLQUE

TIPO CARROCERÍA
VOLCO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
9ADB1003NPM504639

No. DE EJES
3

No. DE LLANTAS
12

ALTO TOTAL
3113 mm

ANCHO TOTAL
2600 mm

LARGO TOTAL
10042

PBV MÁXIMO POR CONFIG
N kgs
N kgs

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ALLIANZ SEGUROS S.A.

IDENTIFICACION
NIT 860.026.182



LOCATARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTEYTTO COPACABANA

FECHA REGISTRO
02/06/2022

FECHA EXPEDICIÓN
18/04/2024

FECHA VENCIMIENTO

ORIGEN
IMPORTADO

DEC. IMPORTACIÓN
192022000040679

FECHA DE LEVANTE
25/05/2022



ESTA TARJETA ES VÁLIDA EN TODOS LOS TERRITORIOS NACIONALES

COSMOCOLOR-TR-22

cfa Cooperativa Financiera 4
04/18/2024 08:36:00 ON mbus0004 60
Nro TRAN: 909331660 Term: CFA300106602
Trn. 2723 DEPOSITO COMPAÑIA COD. BARRAS
CUENTA ***-**-**055-7 MUNICIPIO DE COPACABANA
CAUSAL OTROS PRODUCTOS
No. FACTURA 9000168591
VR. EFECTIVO 89,800.00
VR. CHEQUES 0.00
VR. TOTAL 89,800.00

MUNICIPIO DE COPACABANA
NIT. 890980767
CR 50#50 015
2740069 EXT 118 119
email: alcaldia@copacabana.gov.co

CUENTA DE COBRO

NÚMERO: 9000168591

TERCERO: 71782317 LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS
DIRECCION: VRD EL NORAL 428
TELEFONO: 2748086-2747635

F. COBRO: 18/04/2024
F. VENCIMIENTO: 26/04/2024

CONCEPTO	NOMBRE	C. COSTOS	CANTIDAD	V. UNITARIO	V. TOTAL
01220	TRASPASO DE PROPIEDAD	1001	1.00	81,500.00	81,500.00
01376	FACTURACIÓN/SISTEMATIZACIÓN	1001	1.00	8,300.00	8,300.00
TOTAL A PAGAR					89,800.00

Son: OCHENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS Y 00 / 100 PESOS ML.

DESCRIPCION: S02467

REFERENCIA 1: 9000168591

REFERENCIA 2: 71782317

PUNTOS DE PAGO:

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 18/04/2024 Hora: 08:41:59
Jornada: Normal
Oficina: 0391
Terminal: CJ0391W102
Usuario: CIB

DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:

RUNT
Cuenta Convenio:*****1209
Codigo Convenio: 01001809
No. Referencia 1:
600000000089642016
No. Referencia 2:

0000000001
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$37,500.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 412864
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
Número Id: 1035438491
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 18/04/2024 Hora: 08:42:25
Jornada: Normal
Oficina: 0391
Terminal: CJ0391W102
Usuario: CIB

DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:

PASE EXPRESS
Cuenta Convenio:*****9618
Codigo Convenio: 01007376
No. Referencia 1:
1035438491
No. Referencia 2:

Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$53,100.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 784384
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
Número Id: 1035438491
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

PORTE



E PAGO Y LIQUIDACIÓN

FECHA DE PAGO 10/05/2024

Nro. 600000000089642016

CÓDIGO 5212000

ROLINA MONTOYA VANEGAS

NÚMERO DOCUMENTO 1.035.438.491

Señor usuario: Una vez usted ha efectuado el pago, usted tiene 60 días para hacer uso del mismo; después de este tiempo usted deberá solicitar el reembolso del dinero ante el RUNT y Ministerio de Transporte.

467

TIPO SERVICIO NA

adania

NÚMERO DOCUMENTO 1.035.438.491

MINISTERIO DE TRANSPORTE

DETALLE DERECHOS RUNT

Descripción	Concepto	Cantidad	Descripción
Tarjeta de Registro	73	1	TRAMITE_TRASPASO_REMOLQUE_SEMIREMOLQUE

RUNT \$ 4.900,00

S MT \$ 32.600,00

VALOR TOTAL A PAGAR DERECHOS RUNT Y MT \$ 37.500,00



09998000445(8020)600000000089642016(8020)0000000001(3900)0000037500(96)20240510

CHEQUE			
OR	CÓDIGO	NÚMERO DE CHEQUE	VALOR
			\$

USUARIO

ORGANISMO



**SECRETARIA DE MOVILIDAD
MUNICIPIO DE COPACABANA**

OFICIO No. UL 00010084

COPACABANA, 7 de Febrero de 2024

El vehículo de placas **S02467** tiene las siguientes características:

Clase: SEMIREMOLQUE
Marca: RANDON (REMOLQUES)
Carrocería: VOLCO-REMOLQUE
Línea: SR BA PL AB 03 30
Color: SIN COLOR EXTERIOR
Modelo: 2023
Motor:
Estado vehículo: Activo
Aduana: CARTAGENA (BOLIVAR)

Serie: 9ADB1003NPM504639
Chasis:
Cilindraje: **Nro. Ejes:** 3
Pasajeros: **Toneladas:** ,00
Servicio: DESCONOCIDO
Afiliado a:
F. Ingreso: 01/06/2022
Manifiesto: 192022000040679
Fecha: 25/05/2022

Empresa vende:

Fecha compra: 27/05/2022

Matriculado por : LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS

Pago de imptos STTM hasta: NO APLICA

Certificado de movilización

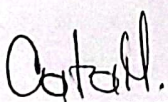
VEHICULO NO TIENE PIGNORACIONES REGISTRADAS.

VEHICULO NO TIENE FIDEICOMISOS REGISTRADAS.

NO TIENE PENDIENTES JUDICIALES REGISTRADOS

PROPIETARIO ACTUAL
LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS con CC N° 71782317, CR 92 CL 41 A - 74 de COPACABANA, tel:3113090073,
celular:3008016733

ESTA INFORMACION ES LA QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA EN EL ARCHIVO MAGNÉTICO DE LA
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y TRÁNSITO DEL MUNICIPIO DE COPACABANA


FUNCIONARIO QUE APRUEBA

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHONES Y/O ENMENDADURAS

2020-2023 COPACABANA CON SEGURIDAD

Fecha de generación: 07/02/2024 12:00:45 Generado por: Kelly Catalina Marin Rios

MUNICIPIO DE COPACABANA
NIT. 890980767
CR 50#50 015
2740069 EXT 118 119
email: alcaldia@copacabana.gov.co

CUENTA DE COBRO

NUMERO: 9000164459

TERCERO: 71695103 GUSTAVO ADOLFO ARBOLEDA ALVAREZ
DIRECCION: CL 12 #20 32
TELEFONO:

F. COBRO: 07/02/2024

F. VENCIMIENTO: 29/02/2024

CONCEPTO	NOMBRE	C. COSTOS	CANTIDAD	V. UNITARIO	V. TOTAL
01173	CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICION	1001	1.00	65,300.00	65,300.00
01376	FACTURACIÓN/SISTEMATIZACIÓN	1001	1.00	8,300.00	8,300.00
TOTAL A PAGAR					73,600.00

Con: SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS Y OCHO / 100 PESOS ML

DESCRIPCION: 902467

REFERENCIA 1: 9000164459

REFERENCIA 2: 71695103

PUNTOS DE PAGO:

cfa Cooperativa Financiera 4
07/07/2024 11:12:00 ON cmi 0004 792
Hno IRAN: 049519109 Term: (FA300106602
Tm. 2723 DEPÓSITO COMPANIA COD: BARRAS
CUENTA 111-11-11055-7 MUNICIPIO DE COPACABANA
CAUSAL OTROS PRODUCTOS
No. FACTURA 9000164459
VR. EFECTIVO 73,600.00
VR. CHEQUES 0.00
VR. TOTAL 73,600.00



MINISTERIO DE TRANSPORTE

COMPROBANTE ÚNICO DE PAGO Y LIQUIDACIÓN

EXPEDICIÓN 07/02/2024

FECHA DE PAGO 29/02/2024

Nro. 600

DEPENDENCIA STRIA TTEyTTO COPACABANA

CÓDIGO

DATOS SOLICITANTE

Señor usuario
pago, usted el
mismo; despu
solicitar el ree
y Ministerio de

NOMBRES / EMPRESA GUSTAVO ADOLFO ARBOLEDA ALVAREZ

TIPO DOCUMENTO Cédula Ciudadanía NÚMERO DOCUMENTO 71.695.103

IDENTIFICADORES

NRO PLACA S02467

TIPO SERVICIO NA

TIPO DOCUMENTO NA

NÚMERO DOCUMENTO NA

DETALLE

DETALLE DERECHOS MINISTERIO DE TRANSPORTE

DETALLE DERECHOS RUNT

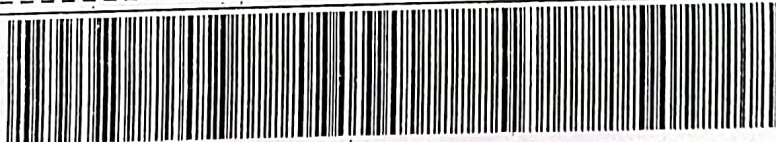
Código EV	Cantidad	Descripción
-----------	----------	-------------

Concepto	Cantidad	Descripción
22	1	Trámite certificado tradicim

TOTAL DERECHOS RUNT \$ 2.100,00

TOTAL DERECHOS MT \$ 0,00

VALOR TOTAL A PAGAR DERECHOS RUNT Y MT \$ 2.100,00



(415)7709998000445(8020)600000000087609231(8020)0000000001(3900)0000002100(96)20240229

FORMA DE PAGO

CHEQUE

EFFECTIVO	VALOR
	\$

CÓDIGO	NÚMERO DE CHEQUE	VALOR
		\$

BANCO DAVIVIENDA

Rocaulo Empresarial

Fecha: 07/02/2024 Hora: 11:02:56

Jornada: Normal

Oficina: 0391

Terminal: CJO391W103

Usuario: 6KW

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del Convenio:

RUNT

Cuenta Convenio: *****1209

Código Convenio: 01001809

No. Referencia 1:

6000000000087609231

No. Referencia 2:

0000000001

Forma de Pago: Efectivo

Vr. Total: \$2.100,00

Costo Transacción: \$0,00

No. Transacción: 546931

Quien realiza la transacción

Tipo Id: CO

Número Id: 71695103

Transacción exitosa en línea

Por favor verifique que la

información impresa es correcta.

USUARIO

ORGANISMO

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

Póliza No. 23125368
Siniestro No. S-125700287

Entre los suscritos a saber **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, en su calidad de Compañía de Seguros, quien en adelante se denominará **LA ASEGURADORA**, y el señor **LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS** quien obra en nombre propio y quien en adelante se denominará **EL ASEGURADO**, y que juntos se denominarán **LAS PARTES**, hemos celebrado el presente contrato de transacción que contiene las siguientes cláusulas:

PRIMERO. El día 11 de abril de 2023, en el departamento de ANTIOQUIA se presentó un accidente/hurto en el que se vio involucrado el vehículo marca RANDON, modelo 2023 de placas S02467 propiedad del **EL ASEGURADO** quién solicitó a **LA ASEGURADORA** la Indemnización de todos los perjuicios derivados del accidente previamente descrito.

SEGUNDO. LAS PARTES, con cargo al amparo de pérdida total y Gastos de Movilización por Pérdida Total contratados en la póliza antes identificada, hemos llegado a un acuerdo económico total y definitivo por concepto de indemnización de todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que eventualmente **EL ASEGURADO** hubiere podido reclamar a **LA ASEGURADORA** con ocasión del evento mencionado en el numeral PRIMERO, por valor (\$214.523.452).

TERCERO. La suma anterior la pagará **LA ASEGURADORA** al **ASEGURADO** de la siguiente manera:

CUARTO. EL ASEGURADO autoriza expresamente a **LA ASEGURADORA** para que el dinero correspondiente por su indemnización se cancele conforme a las instrucciones que indique en el formato de autorización de pagos y a la cuenta que aparece en la certificación de cuenta bancaria, documentos anexos al presente contrato. En caso de que haya errores en los documentos antes mencionados **EL ASEGURADO** exonera a **LA ASEGURADORA** de toda responsabilidad que pudiera surgir en relación con lo acordado en el presente contrato.

QUINTO. EL ASEGURADO declara conocer que el presente pago no crea ningún derecho, ni origina obligación con excepción de los ya establecidos en los términos y condiciones aceptados por él mismo en el presente contrato, y declara a **LA ASEGURADORA** a PAZ Y SALVO y libre de toda posterior reclamación en lo que hace referencia a los hechos descrito en el numeral PRIMERO, y desiste de toda acción Penal, Civil, Laboral y de cualquier otra índole en contra de **LA ASEGURADORA**, por los mismos hechos.

SEXTO. EL ASEGURADO manifiesta que no existe persona(s) con igual o mejor derecho que él para recibir el pago de la presente indemnización, y que en caso de existir alguna se compromete personalmente a rembolsar a dicha(s) persona(s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de Ley, exonerando de cualquier responsabilidad a **LA ASEGURADORA**.

SÉPTIMO. EL ASEGURADO entrega a **LA ASEGURADORA** la autorización y documentación necesaria para realizar el traspaso y/o cancelación del vehículo asegurado, a su nombre en calidad de salvamento de la indemnización; por lo anterior y de existir alguna imposibilidad para realizar el trámite pendiente, **EL ASEGURADO** se obliga de manera libre, expresa y voluntaria a remediar dicha imposibilidad ya sea realizando el trámite

pendiente, suministrando la documentación pendiente o sufragando los costos no pagados o pendientes de pago cualquiera que sea su concepto.

OCTAVO. Este contrato se rige por los artículos 2469 a 2487 del Código Civil, y produce efectos de cosa juzgada en última instancia en los términos del artículo 2483 del mismo Código, y en el evento en que **EL ASEGURADO** proceda judicialmente a reclamar los perjuicios transados pagará a título de cláusula penal el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados a todas las personas descritas en la cláusula QUINTA.

NOVENO. El contenido del presente contrato, así como las negociaciones llevadas a cabo por **LAS PARTES** para llegar al mismo, tendrán el carácter de confidencial. En caso que sea divulgada la información por cualquier medio, incluidas las formas verbal, escrita, electrónica, auditiva y cualquier análoga que sirva para la transmisión de información y/o en caso de cualquier menoscabo en la imagen pública que pudiera afectar a **LAS PARTES**, quien incumple la obligación debe pagar una cantidad equivalente al monto del presente contrato como pena convencional. Esta misma penalidad aplicará para el caso que sus abogados empleen la información de forma diversa al asesoramiento de los alcances del mismo

El presente documento se firma el día _____

EL ASEGURADO


LA ASEGURADORA

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 **LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS** Nit./C.C. **71.782.317**
 Oficina principal: Dirección **KM 14 AUTOPISTA NORTE** Ciudad **COPACABANA** Teléfono **3105110101**

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 **LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **71782317** 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 relacione; o autorizo el pago alternativo a **INDEMNIZACIÓN** identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **71782317** 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) **0 0 7** Número de Cuenta (validar según relación) **5 5 3 5 1 1 5 7 8 9 3** 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, 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: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

 Nombre: **LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS**
 C.C. No. **71782317**

ENTIDAD	CODIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Italo	005	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citicbank	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	8, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Hidro 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
Davidson	037	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Commerz	061	12 dígitos	12 dígitos
Relafin S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandino 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 estas cuentas.

Bogotá, 18 DE ENERO DEL 2024

Señores
ALLIANZ SEGUROS S.A.
Ciudad

Asunto: Autorización de descuento
Póliza:
Siniestro:

Yo, LEIRO ALBERTO MONTERO ROJAS 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 S02467:

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

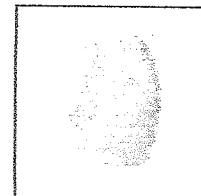
Así mismo, autorizo a Allianz Seguros S.A. a descontar del valor de la indemnización, el valor de los gastos en que se incurra en el trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula. De igual manera a que sea consignada la diferencia a mi favor (en caso de presentarse) a mi cuenta bancaria.

*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,

Leiro Montero

C.C. No. 71782317



HUELLA