

NIT 860.037.013-6
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
 Tel: (601) 285 5600
 Bogotá D.C. - Colombia
 Somos Grandes Contribuyentes
 IVA Régimen Común - Autorretenedores

Versión clausulado número
 Código anexo asistencia
 Fecha de diligenciamiento



Indique los vínculos existentes entre usted y el tomador y/o asegurado de la póliza Familiar Comercial Laboral Otro



Información básica del beneficiario

Apellidos Rincon Machado Nombres Luz Adriana
 Tipo de documento C.C. C.E. NIT NUIP T.I. Pasaporte PEP PPT
 Número 31711105 Fecha de expedición 03 03 01 Lugar de expedición cali
 Dirección residencia* Cra 119 # 60A - 112 Departamento Valle Ciudad cali.
 E-mail adrianarincon_916@hotmail.com no habilitado para facturación electrónica
 Teléfono/celular 3225747469 Ocupación Empleada
 ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Sí No ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Sí No



Información para pagos por transferencia electrónica

Entidad Banco Davivienda Número de cuenta 0550015300036395 Tipo de cuenta Ahorros Corriente



Exoneración de responsabilidad

Yo, Luz Adriana Rincon identificado con cédula de ciudadanía N° 31711105 de cali manifiesto que no existen personas de igual o menor derecho para recibir este pago y si resultaren, me obligo a restituir a la Compañía Mundial de Seguros S.A., en la proporción que corresponda.



Información sobre reclamaciones en seguros

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

*En caso de encontrarse ubicado en una jurisdicción diferente a Colombia, por favor adjunte el certificado de identificación fiscal expedido por la autoridad competente del país de residencia.



Autorización de tratamiento de datos personales Beneficiarios

Declaro que, la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificada con NIT No. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: 1) Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <https://www.segurosmondial.com.co/legal/>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Compañía Mundial de Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA COMPAÑÍA para que realice el tratamiento de mis datos personales para las siguientes finalidades:

- (i) Tramitar mi solicitud de vinculación o de presentación de una reclamación; (ii) Negociar, celebrar y ejecutar el contrato de seguro; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre LA COMPAÑÍA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Gestionar y tramitar reclamaciones y liquidar y pagar siniestros; (vi) Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actuarial, de analítica, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de patrones; inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; (vii) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a los Operadores de la Información; (viii) Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales; (ix) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con LA COMPAÑÍA, en caso de que aplique; (x) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con LA COMPAÑÍA, en caso de que aplique; (xi) Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas o requerimientos de autoridades en ejercicio de sus funciones; (xii) Las demás finalidades que se determinen con base a la ejecución de los procesos de Seguros Mundial, en todo caso que estén acorde a la Ley.

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a LA COMPAÑÍA para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas: Sí No

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de LA COMPAÑÍA a través de sus canales autorizados: Sí No

Con la firma del presente documento autorizo a LA COMPAÑÍA a realizar gestión de cobranza en caso de que así se requiera, por los siguientes canales: llamada telefónica, correo electrónico, SMS o WhatsApp.

En caso de no autorizar el contacto por alguno de los canales anteriormente mencionados, por favor especifique cual desea excluir



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.

Luz Adriana Rincon
 Firma cliente o representante legal



Índice derecho

NIT 860.037.013-6
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
 Tel: (601) 285 5600
 Bogotá D.C. - Colombia
 Somos Grandes Contribuyentes
 IVA Régimen Común - Autorretenedores

Versión clausulado número

Código anexo asistencia

Fecha de diligenciamiento
 30 08 2024



Indique los vínculos existentes entre usted y el tomador y/o asegurado de la póliza Familiar Comercial Laboral Otro



Información básica del beneficiario

Apellidos **RINCON MACHADO** Nombres **LUZ ADRIANA**
 Tipo de documento C.C. C.E. NIT NUIP T.I. Pasaporte PEP PPT
 Número **31711105** Fecha de expedición **03 03 2001** Lugar de expedición **CALI - VALLE**
 Dirección residencia* **CRA 119 # 00A 1132** Departamento **VALLE** Ciudad **CALI**
 E-mail **adrianarincon 916@hotmail.com** E-mail habilitado para facturación electrónica **adrianarincon 916@hotmail.com**
 Teléfono/celular **3225741469** Ocupación
 ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Sí No ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Sí No



Información para pagos por transferencia electrónica

Entidad **BANCO DAVIVENDA** Número de cuenta **0550015300036595** Tipo de cuenta Ahorros Corriente



Exoneración de responsabilidad

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía N° _____ de _____ manifiesto que no existen personas de igual o menor derecho para recibir este pago y si resultaren, me obligo a restituir a la Compañía Mundial de Seguros S.A., en la proporción que corresponda.



Información sobre reclamaciones en seguros

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

*En caso de encontrarse ubicado en una jurisdicción diferente a Colombia, por favor adjunte el certificado de identificación fiscal expedido por la autoridad competente del país de residencia.



Autorización de tratamiento de datos personales Beneficiarios

Declaro que, la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificada con NIT No. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: 1) Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <https://www.segurosmondial.com.co/legal/>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Compañía Mundial de Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante **LA COMPAÑÍA** para que realice el tratamiento de mis datos personales para las siguientes finalidades:

- (i) Tramitar mi solicitud de vinculación o de presentación de una reclamación; (ii) Negociar, celebrar y ejecutar el contrato de seguro; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre **LA COMPAÑÍA** con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Gestionar y tramitar reclamaciones y liquidar y pagar siniestros; (vi) Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actuarial, de analítica, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de patrones; inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; (vii) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a los Operadores de la Información; (viii) Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales; (ix) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; (x) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; (xi) Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas o requerimientos de autoridades en ejercicio de sus funciones; (xii) Las demás finalidades que se determinen con base a la ejecución de los procesos de Seguros Mundial, en todo caso que estén acorde a la Ley.

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **LA COMPAÑÍA** para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas: Sí No

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de **LA COMPAÑÍA** a través de sus canales autorizados: Sí No

Con la firma del presente documento autorizo a **LA COMPAÑÍA** a realizar gestión de cobranza en caso de que así se requiera, por los siguientes canales: llamada telefónica, correo electrónico, SMS o WhatsApp.

En caso de no autorizar el contacto por alguno de los canales anteriormente mencionados, por favor especifique cual desea excluir



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.

Adriana Rincón M
 Firma cliente o representante legal



Índice derecho



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CALI, VALLE DEL
CAUCA,
COLOMBIA,
A quien interese

29/08/2024

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **LUZ RINCON** con Cédula de Ciudadanía número **31711105**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550015300036595**
Fecha de apertura **26/07/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO VEINTINUEVE CIVIL MUNICIPAL
CALI-VALLE

ACTA N° 33

INICIO	9:00 A.M.
AUDIENCIA PUBLICA	ART. 392 C.G.P.
JUEZ	DR. RIGOBERTO ALZATE SALAZAR
SUJETOS PROCESALES	
DEMANDANTE:	LUZ ADRIANA RINCON MACHADO C.C. 31.711.105 MARIANA GOMEZ RINCON T.I. 1.107.865.053 SANDRA PATRICIA RINCON MACHADO C.C. 31.306.990
APODERADO:	DR. JOSE PABLO GERS ESTRADA CC No 1.144.087.798 TP. 385.801 del C.S. de la J.
DEMANDADO:	ANDERSON TORO MINA C.C. 1.234.188.788 BLANCA RUBIS VELEZ ROMERO C.C.66.706.462 SEGUROS DEL ESTADO S.A. NIT: 860.009.578-9 COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT: 860.037.013-6
APODERADA de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	DRA. ANGIE NATHALIA ZAMBRANO ALMONACID CC No 1.094.963.116 TP. 335.031 del C.S. de la J.
APODERADO de SEGUROS DEL ESTADO	DR. ANDREA BOADA GUERRERO CC No 74.082.409 TP. 161.232 del C.S. de la J.
CURADOR AD-LITEM de ANDERSON TORO MINA	DRA. AMPARO PINEDA JARAMILLO CC No 38.980.681 TP. 26.013 del C.S. de la J.
PROCESO:	VERBAL SUMARIO
RADICACIÓN:	76001-40-03-029-2024-00198-00

LINK AUDIENCIA:

[76001400302920240019800_L760014003029TeaSala002_01_20240828_084500_V-20240828_090356-Grabación de la reunión.mp4](#)

DESARROLLO DE LA AUDIENCIA

N°	ETAPAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	Instalación e identificación de las partes y apoderados	X		
2.	Conciliación	X		Se logra conciliar

INSTALACIÓN Y OBJETO DE LA AUDIENCIA

En Santiago de Cali, el día veintiocho (28) del mes de agosto del año dos mil veinticuatro (2024), siendo las nueve (09:00 a.m.) de la mañana del día y hora señalado para llevar a cabo la presente diligencia, el suscrito Juez Veintinueve (29) Civil Municipal de Cali se declara en audiencia pública, con el fin de llevar a cabo la audiencia de que trata el artículo 392 del Código General del Proceso.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO VEINTINUEVE CIVIL MUNICIPAL
CALI-VALLE

Una vez surtidas las etapas procesales pertinentes, el suscrito Juez Veintinueve (29) Civil Municipal de Cali, Valle del Cauca, pregunta a las partes si se tienen animo conciliatorio, las cuales afirman su intención de conciliar.

Por lo anterior y de acuerdo con las distintas fórmulas de arreglo que se han presentado y las realizadas por el despacho, las partes acuerdan conciliar este litigio por la suma de \$5,000,000 de pesos, que serán pagados a los demandantes por la Compañía Mundial de Seguros en un plazo establecido de 15 días una vez la actora allegue la documentación requerida. El acuerdo conciliatorio es puesto nuevamente a consideración de las partes, quienes manifiestan que están de acuerdo en todos y cada uno de los puntos del acuerdo conciliatorio. Siendo así, el señor Juez imparte aprobación a la anterior conciliación.

Se deja constancia que el presente acuerdo de conciliación hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo.

En consecuencia, el presente proceso VERBAL SUMARIO - DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL se da por terminado por conciliación entre las partes.

No siendo otro el motivo de la presente audiencia, se da por terminada, quedando las partes notificadas en estrados.

RIGOBERTO ALZATE SALAZAR
JUEZ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31711105**

RINCON MACHADO
APELLIDOS

LUZ ADRIANA
NOMBRES

Luz Adriana Rincon M

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1982**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

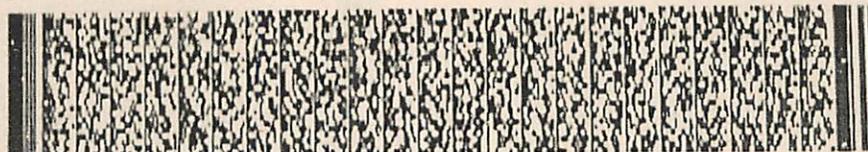
A+
G.S. RH

F
SEXO

03-MAR-2001 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Dugue Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUGUE ESCOBAR



P-3100100-65100861-F-0031711105-20020207

0450002038A 02 120189425

Destinatario: 6 HA Abogados

Dirección: Av. 6A Bis No. 35N-100,
Centro Empresarial Chipichape,
Of. 212.

ASOCIADOS

13 SEP 2024

RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACION

Correo: azambrano@gha.com.co.

Remitente: José Pablo Gers Estrada.

Dirección: Carrera 3 # 10-65, of. 1001.

correo: josepgers@gmail.com //
asesorias@abogadosjl.com.

Contenido: - Formulario SARLAFT.
- Certificación Bancaria.

CREDITO

Red de Entregas y Servicios

NIT 901.844.289

www.reddeentregasy servicios.com

CRA. 30 No. 6-06 PISO 5 EDIF. EL ENEBRO
TEL. 371 6677 CEL. 3183866914

CALI



C C 0 1 3 7 0 4 8

REMITENTE: JUAN CAMILO REYES TROCHEZ
DIRECCION: CR 3 10-65 OFC 1001/Valle del Cauca
CIUDAD: CALI /Valle del Cauca
DESTINATARIO: G.H.A ABOGADOS -DRA. ANGIE
DIRECCION: AV 6A BIS 35 N 100 OFC 212
CIUDAD: CALI /Valle del Cauca
TELEFONO: DCTO

PRODUCTO: Unitario/Urbano
CONTENIDO:
VR. DECLA: 5000
FLETE: 0.00
PRIMA: 0
TOTAL:

FECHA: 2024-09-12
Ref:
C.C/NIT: 1144037267
C.C/NIT: 635100
PESO: 50.00
TAMAÑO: 1x1x1

HORA	D E V	DIRECCIÓN ERRADA	NO LABORA	DESTINATARIO DESCONOCIDO	DESOCUPADO	RECI
FECHA		DIRECCIÓN INCOMPLETA	REHUSADO	NO HAY QUIEN RECIBA	TRASLADO	ENTR

DESTINATARIO

ACEPTACIÓN CLIENTE

FIRMA DESTINATARIO