

 FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F-26
	ACTA DE CONCILIACIÓN CON ACUERDO	Versión: 02 Página 1 de 3

Departamento Santander Municipio Bucaramanga Fecha 25-04-2021 Hora: 08:00

1. CÓDIGO ÚNICO DE LA INDAGACIÓN:

6	8	0	0	1	6	0	0	0	1	5	9	2	0	2	3	8	0	1	3	1
Dpto.		Municipio		Entidad		Unidad Receptora				Año				Consecutivo						

2. DATOS DE LOS QUERELLANTES:

VICTIMA # 1											
Tipo de documento:		C.C.	☒	Pas.		C.E.		otro		No.	
Expedido en		Departamento: <u>Santander</u>				Municipio:					
Nombres:		<u>Diego Fernando</u>				Apellidos:		<u>Rodriguez Perez</u>			
Apodo:		<u>N/A</u>				Estado Civil		<u>casado</u>			
Instrucción (Nivel Educativo)		<u>Estudiante universitario</u>				Ocupación		<u>Estudiante</u>			
Lugar de notificación											
Dirección:		<u>Cra 2 # 65B 71</u>				Barrio:		<u>Los conejos, Bucaramanga</u>			
Departamento:						Municipio:		<u>Bucaramanga</u>			
Teléfono Celular:		<u>316 249 70 93</u>				Correo electrónico		<u>Ksaavedratoloza@gmail.com</u>			
VICTIMA # 2											
Tipo de documento:		C.C.		Pas.		C.E.		otro		No.	
Expedido en		Departamento: <u>Santander</u>				Municipio: <u>Bucaramanga</u>					
Nombres:		<u>Karine Lilith</u>				Apellidos:		<u>Saavedra Toloza</u>			
Apodo:						Estado Civil		<u>Casada</u>			
Instrucción						Ocupación		<u>Estudiante</u>			
Lugar de notificación											
Dirección:		<u>Cra 2 # 65B 71</u>				Barrio:		<u>Los conejos</u>			
Departamento:		<u>Santander</u>				Municipio:		<u>Bucaramanga</u>			
Teléfono Celular:		<u>316 249 11 40</u>				Correo electrónico		<u>Ksaavedratoloza@gmail.com</u>			

3. DATOS DEL INDICIADO:

INDICIADO # 1											
Tipo de documento:		C.C.		Pas.		C.E.		otro		No.	
Expedido en		Departamento				Municipio:					
Nombres:		<u>Hernan</u>				Apellidos:		<u>Forero Herrera</u>			
Apodo						Estado Civil					
Instrucción						Ocupación		<u>taxista</u>			
Lugar de notificación											
Dirección:		<u>Lebriza</u>				Barrio:					
Departamento:		<u>Santander</u>				Municipio:		<u>Lebriza</u>			
Celular:						Correo electrónico					
Teléfono:											

**ACTA DE CONCILIACIÓN
CON ACUERDO**

Como se considera necesaria la realización de la presente audiencia de conciliación para beneficio y reparación integral de la víctima del Injusto, el Fiscal procedió a enterar a las partes del objeto de la misma, haciéndole saber la metodología de la diligencia, así como los derechos y deberes que les asiste, principalmente que todo lo que se diga en esta audiencia o la voluntad del citado en conciliar, no podrá ser usado como evidencia de responsabilidad. Una vez entendida la dinámica de la misma se les concede el uso de la palabra en su orden:

Las partes HAN LLEGADO AL SIGUIENTE ACUERDO:

5.- ACUERDO: (la obligación debe ser clara expresa y exigible)

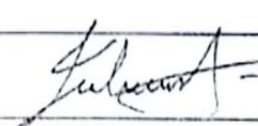
Los victimas, llegaron a un acuerdo con el abogado de la aseguradora para indemnizar los daños ocasionados por el accidente. El abogado encargado ofreció la suma de \$ 1,200.000 para Karine Guleth y la suma de \$ 3,728.80 a el Señor Diego Fernando para un total de \$ 4,928.80 los cuales serán pagados dentro de los proximos 20 dias hábiles

El despacho les **COMUNICA** que al llegarse al presente acuerdo donde las partes solicitan el archivo de las diligencias, estas se archivarán por conciliación y los presentes señalan que no se oponen a la entrega definitiva de ninguno los vehículos.

Como quiera que las partes han llegado a un acuerdo en forma libre y voluntaria y observando que se ajusta a las normas legales, procede la Fiscalía a Ordenar el archivo definitivo de las presentes diligencias penales por **CONCILIACION** llevada a cabo el de conformidad con el Artículo (Art. 522 ó 37 de la ley 906 de 2004). Se les informa que la presente acta PRESTA MERITO EJECUTIVO Y HACE TRANSITO A COSA JUZGADA de acuerdo a la LEY 640 DE 2.001. **Se entrega a los presentes copia de la conciliación.**

7. FIRMAS:

Firma de la víctima

Firma de la indicada

8. FISCAL DEL DESPACHO

Unidad	SUB GRUPO DE LESIONES PERSONALES		Código Fiscal		4	8	
Nombre y apellido del Fiscal:	RAUL GIORGI LAVERDE						
Dirección:	CARRERA 19 # 24 -61					Oficina:	
Departamento:	Santander		Municipio:	Bucaramanga			
Teléfono:	6854566 ext 72702	Correo electrónico:	raul.giorgi@fiscalia.gov.co				

Fiscal 48 Sub grupo de lesiones Personales


 Efraim Guerrero Lora
 C.C. 1216966236



DECLARACION EXTRAPROCESAL

ACTA No. 1363

En la Ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, a ocho (8) días del mes de mayo del año dos mil veinticuatro (2024), compareció al despacho de esta Notaría: DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ PAEZ, con el objeto de rendir DECLARACIÓN EXTRAPROCESO JURAMENTADA y VOLUNTARIA, con destino a QUIEN CORRESPONDA y-o INTERESADOS; En tal virtud el señor Notario dando cumplimiento a lo dispuesto por el decreto 1557 del 14 de Julio de 1989; procedió a interrogarle sobre las Generales de Ley: DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ PAEZ, de 28 años de edad, natural de FLORIDABLANCA (SDER), identificado con la cédula de ciudadanía número 1.098.775.758 expedida en BUCARAMANGA (SDER) de estado civil CASADO, residente en la Carrera 2 # 65B-71 del municipio de Bucaramanga (Sder); A sabiendas de las implicaciones que acarrea jurar en falso DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO: 1) Es cierto y verdadero que soy propietario y poseedor de la MOTOCICLETA de placa YNK87F, marca BAJAJ, modelo 2022, color NEGRO NEBULOSA, de servicio PARTICULAR; En tal calidad deseo certificar que no se encuentra asegurado en ninguna compañía de seguros legalmente constituida por el País, con el amparo de perdida parcial o total por daños causados (TODO RIESGO - FULL AMPARO); por tal motivo no he presentado, ni presentaré reclamación ante ninguna otra aseguradora. Una vez cumplidos todos y cada uno de los requisitos exigidos por la Ley se da por terminada la presente diligencia y se firma por quien en ella interviene una vez leída y aprobada, se expide a solicitud del interesado con advertencia establecida en el ART. 25 Ley 962 del 8 de Julio de 2.005, por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones Públicas o prestan servicios Públicos.

ESTA DECLARACIÓN SE TOMA POR EXPRESA SOLICITUD DEL INTERESADO.

DERECHOS: \$ 18.000.00

IVA: \$ 3.420.00

DECLARANTE

DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ PAEZ
1.098.775.758 BUCARAMANGA (SDER)

EL NOTARIO DECIMO



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

N° SINIESTRO

10270095

AGENCIA

DD

MM

AAAA

08

05

2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO PAEZ	PRIMER NOMBRE DIEGO	SEGUNDO NOMBRE FERNANDO
CC ☒ CE ☐ TI ☐ RI ☐ OTI ☐ NÚMERO 1098775758	LUGAR DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA	FECHA DE EXPEDICIÓN 17/10/2013	SEXO ☐ F ☒ M
FECHA DE NACIMIENTO 15/10/1995	NACIONALIDAD COLOMBIANO	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN MUSICO	
ESTADO CIVIL CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ N° DE HIJOS 1	ESTRATO 3	ACTIVIDAD ECONÓMICA Independiente	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☒ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☒			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA Delicias Nissi		CARGO Vendedor	
Ciudad Bucaramanga	DIRECCIÓN Cra 18#20-37 Barrio Alarcón	TELÉFONO 3162997093	FAX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA	
TELÉFONO		CELULAR	EMAIL ksaavedratdzoa@gmail.com
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO		POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P ☐ ICOT ☐ NO ☒	
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☒ NO			
SI ALGUNA 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
CC ☐ CE ☐ 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 ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐	CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐	OTRA:
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS 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	\$ 1'300.000	ACTIVOS	\$ 16'000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 1'200.000	PASIVOS	\$ 5'000.000
OTROS INGRESOS	\$	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): **Negocio de empanadas**
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito 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

PERSONA JURÍDICA

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE 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

FIRMA COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADÉMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. **1098775758**



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: **Katane Saavedra** CÉDULA: **1099735042**

N° SINIESTRO

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

10270095 AGENCIA DD 08 MM 05 AAAA 2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SAAVEDRA	TOLOZA	KARINE	JULIETH
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OT. ☐	NÚMERO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
	1099735042	Bucaramanga	19/07/2022
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN	SEXO
23/06/2004	COLOMBIANA	Estudiante	☒ F ☐ M
ESTADO CIVIL	CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS	ESTRATO
		1	3
TIPO DE ACTIVIDAD	ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☒ AMA DE CASA ☒ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		Estudiante	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	CARGO		
CUIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CUIDAD DE RESIDENCIA		
TELÉFONO	CELULAR	EMAIL	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☒ NO			
SI ALGUNA 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	CUIDAD
PAG. WEB	TELÉFONO
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	CUIDAD
TELÉFONO	FAX
TELÉFONO	FAX
TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONÓMICA:
PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐
	CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐
	OTRA: ☐
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:	

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS 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	\$	ACTIVOS	\$
EGRESOS MENSUALES	\$	PASIVOS	\$
OTROS INGRESOS	\$	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

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

Declaro expresamente que:

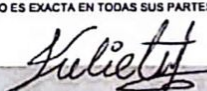
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Negocio de mi esposo
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en esta 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 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	PERSONA JURÍDICA
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 LEÍDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

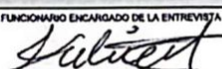


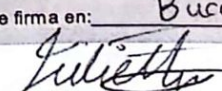
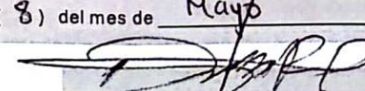
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1099735042



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: Karine Saavedra CÉDULA: 1099735042	

 AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA			
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☒ INTERMEDIAR ☐ 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 Diego Fernando		PRIMER APELLIDO Rodríguez	SEGUNDO APELLIDO Paez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC	NÚMERO 1098775758	FECHA EXPEDICIÓN 17/10/2013	CIUDAD EXPEDICIÓN Bucaramanga
DIRECCIÓN: Cra 2# 65b-71 Barrio Los Canelos		CIUDAD: Bucaramanga	DEPARTAMENTO: Santander
TELÉFONOS:		FAX:	CELULAR: 3162997093
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 29127751909		CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO 07
BANCO Bancolombia		SUCURSAL	CIUDAD Bucaramanga
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS			
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S) Alirio	PRIMER APELLIDO Saavedra	SEGUNDO APELLIDO Cruz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO 91278652	TIPO CC	FECHA EXPEDICIÓN 11/12/1989
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA Espiritual	CARGO Pastor	CIUDAD EXPEDICIÓN Bucaramanga
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX 3152749383
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	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: Ksaavedratolosa@gmail.com			
En constancia se firma en: Bucaramanga a los (8) del mes de Mayo de 2024 .			
 Firma del Representante Legal y Sello		 Firma y Cédula Persona Natural 1098775758	

Certificación Bancaria



Bucaramanga, 8 de Mayo de 2024.

Señor
La Equidad Seguros

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ALIRIO SAAVEDRA CRUZ identificado(a) con CC No. 91278652 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN BASICO	29127751909	2014/07/15	A ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
***Si desea verificar la veracidad de esta información,** puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 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.

NOTARIA DECIMA DEL CIRCULO DE
BUCARAMANGA

FERNANDO LEON CORTES NIÑO

Nit. 13.839.726-8

Carrera 21 No. 22-30 Tel. 6421111 - 7013040

Email: notariadecimabucaramanga@gmail.com

Resolución 18764070611709 del 2024-05-14

Desde VAR5311 Hasta 50000

Res. 00773 de 2024-01-26

Responsable de IVA - Regimen Ordinario
Autoretenedor de ICA

Factura Electronica
de Venta No

VAR- 8994

Fecha: 11/06/2024 16:20:48

Validacion DIAN 2024-06-11 16:20:50-

Cliente: 222222222222

VA

Consumidor Final CLIENTE FINAL

cra 21 # 22-30 -

Servicio Notarial	Cantidad	Valor
Autenticación de...	1	2,600
Hojas adicionales...	2	520
Biometria	1	4,400

Subtotal: 7,520

IVA 19%: 1,429

Total a Pagar: \$8,949

Nota: Sujeto a las retenciones en la fuente por honorarios del 11%

Forma de pago: Efectivo

Cambio:

N

Factura Electronica: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio (Art. 774 C.C.)

CUFE:

35b201c670c5de0cf4f90ab9c9a44b2f036d5905a
029a38b16c866b588bdbda665518458db46f8aa4
2ca2ad2f56a9549

Generada con Software Propio Sinfony 10Bga Desarrollado por
Samssoft Nit. 901 146 559-0



Diego 18v523

PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE

Yo, **DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ PAEZ** identificado con la cédula de ciudadanía número **1.098.775.758** de Bucaramanga y **KARINE JULIETH SAAVEDRA TOLOZA**, identificada con cedula de ciudadanía numero 1.099.735.042 de Bucaramanga, por medio del presente documento otorgo **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al señor **ALIRIO SAAVEDRA**, identificado con cedula de ciudadanía número 91.278.652 de Bucaramanga, para que en nombre y representación de nosotros, reciba el dinero en la cuenta de ahorros de **BANCOLOMBIA** No.29127751909 a su nombre correspondiente al proceso del Siniestro N.10270095 del Radicado N.202380131 de Seguros La Equidad, por valor de **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL OCHOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (\$4.902.880)**

Para constancia de lo anterior, firmamos en la ciudad de Bucaramanga a los (11) días del mes de mayo de 2024

AUTENTICO
FOLIO
NOTARIA DÉCIMA



LOS PODERDANTES



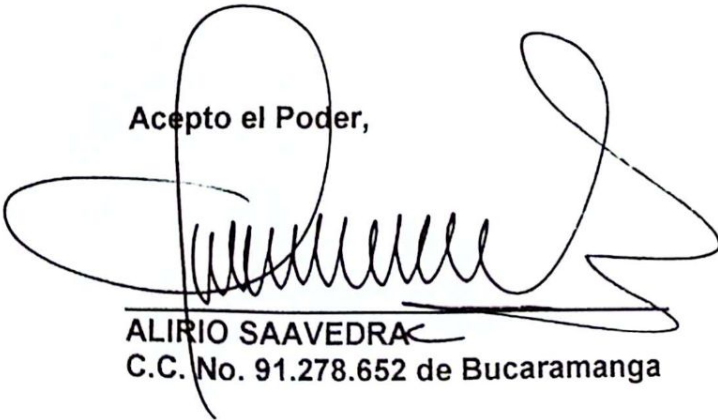
DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ PAEZ
C.C. No. 1.098.775.758 de Bucaramanga



KARINE JULIETH SAAVEDRA TOLOZA
C.C. No. 1.099.735.042 de Bucaramanga



Acepto el Poder,



ALIRIO SAAVEDRA
C.C. No. 91.278.652 de Bucaramanga



FOLIO
AUTENTICO
NOTARIA DÉCIMA



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



COD 69523

Ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, el once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría décima (10) del Círculo de Bucaramanga, compareció: DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ PAEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1098775758 y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

69523-1



c73dfce246

----- Firma autógrafa -----

11/06/2024 16:19:58

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

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 se asocia al documento que contiene la siguiente información con destino a: PODER.



FERNANDO LEON CORTES NIÑO

Notario (10) del Círculo de Bucaramanga, Departamento de Santander

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: c73dfce246, 11/06/2024 16:22:52

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

Fecha Diligenciamiento: 12/06/2024 Ciudad: B/mangá Sucursal: _____

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CUENTE 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: Alirio Saavedra SEGUNDO APELLIDO: Cruz NOMBRES: Alirio
TIPO DE DOCUMENTO: cc. NÚMERO: 91278652 FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-12-1989 LUGAR DE EXPEDICIÓN: B/mangá
FECHA DE NACIMIENTO: 8 Nov LUGAR DE NACIMIENTO: San. Joaquín NACIONALIDAD 1: Colombia NACIONALIDAD 2: _____
E-MAIL: aliriosavedra@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Cra 3120-26 CIUDAD: B/mangá
DEPARTAMENTO: Santander TELÉFONO: 3152749383 CELULAR: 3152749383
SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: Independiente ¿Cual?: comerciant
OCUPACIÓN: _____ CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____
TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: partes CIU (cod): _____
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes): _____
INGRESOS MENSUALES (Pesos) 3'000.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) _____
ACTIVOS (Pesos) _____ PASIVO (Pesos) _____
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) _____ OTROS INGRESOS (Pesos) _____
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

¿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 PAÍSES? 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 terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Arrindos

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	COMPañÍA	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. Que, 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 responderlas.

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.

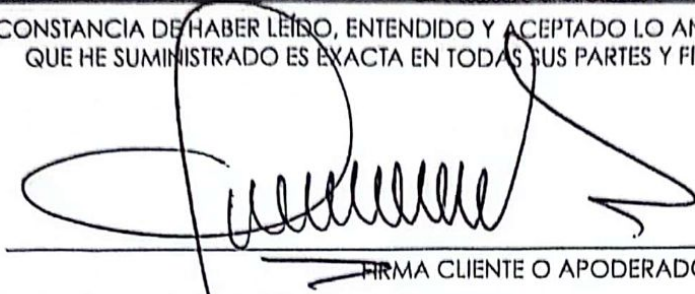
ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

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:

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

*Vínculo/Relación

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

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

N° SINIESTRO

10270095

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	12	06	2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Saavedra	Cruz	Alino	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ O.T. ☐	NÚMERO: 91278652	LUGAR DE EXPEDICIÓN: B/manga	FECHA DE EXPEDICIÓN: 11/12/1989 SEXO F. ☐ M. ☒
FECHA DE NACIMIENTO: 9/11/91	NACIONALIDAD: Colombiano	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN: Comerciante / pastor	
ESTADO CIVIL: CASADO ☒ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS: 3	ESTRATO: 3	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☒	ACTIVIDAD ECONÓMICA: Comerciante		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Iglesia MAR NISSI	CARGO: Pastor		
CIUDAD: B/manga	DIRECCIÓN: Cra 18#20-37	TELÉFONO: 3152749383	FAX:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	CIUDAD DE RESIDENCIA: B/manga	TELÉFONO:	FAX:
TELÉFONO:	CELULAR: 3152749383	EMAIL: alinasavaedra@gmail.com	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☒ NO SI ALGUNA 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:
PAQ. WEB			FAX:
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO:
			FAX:
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐	CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐	OTRA:
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			

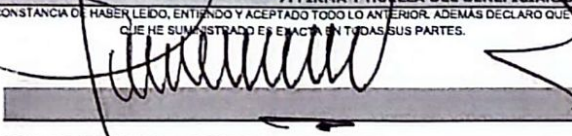
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):			
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	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	\$ 3'000.000	ACTIVOS	\$
EGRESOS MENSUALES	\$	PASIVOS	\$
OTROS INGRESOS	\$	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: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Amiendos 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito 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 contenida en el presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le hayan 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETAS DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE 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 LEÍDO, ENTENDIDO 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.	
 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: Karine Saavedra CÉDULA: 1099735042	