

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

Departamento Santander Municipio Bucaramanga Fecha 25-04-2024 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.	X	Pas.		C.E.		otro		No.
Expedido en	Departamento: Santander				Municipio:				
Nombres:	Diego Fernando				Apellidos: Rodriguez Paez				
Apodo:	N/A				Estado Civil: casado				
Instrucción (Nivel Educativo)	Estudiante universitario				Ocupación: Estudiante				
Lugar de notificación									
Dirección:	Cra 2 # 65B 71				Barrio: Los conejos, Bucaramanga				
Departamento:					Municipio: Bucaramanga				
Teléfono: Celular:	316 299 70 93				Correo electrónico: Ksaavedratolosa@gmail.com				
VICTIMA # 2									
Tipo de documento:	C.C.		Pas.		C.E.		otro		No.
Expedido en	Departamento: Santander				Municipio: Bucaramanga				
Nombres:	Karine Lilieth				Apellidos: Saavedra Tolosa				
Apodo:					Estado Civil: Casada				
Instrucción					Ocupación: Estudiante				
Lugar de notificación									
Dirección:	Cra 2 # 65B 71				Barrio: Los conejos				
Departamento:	Santander				Municipio: Bucaramanga				
Teléfono: Celular:	316 299 11 40				Correo electrónico: Ksaavedratolosa@gmail.com				

3. DATOS DEL INDICIADO:

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

20
00000-F-26
06101



PROCESO PENAL
**ACTA DE CONCILIACIÓN
CON ACUERDO**

Código:
FGN-50000-F-26
Versión: 02
Página 3 de 3

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:**

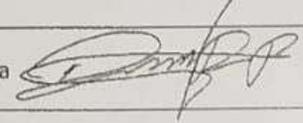
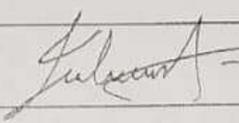
5.- ACUERDO: (la obligación debe ser clara expresa y exigible)

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 Gukth 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.**

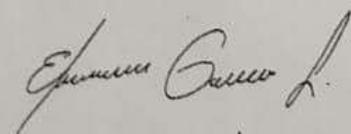
7. FIRMAS:

Firma de la victima  
Firma de la indiciada

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 Gucco Jorday
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	AAA
	08	05	2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO PAEZ	PRIMER NOMBRE DIEGO	SEGUNDO NOMBRE FERNANDO
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OTI <input type="checkbox"/>	NÚMERO 1098775758	LUGAR DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA	FECHA DE EXPEDICIÓN 17/10/2013 SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO 15/10/1995	NACIONALIDAD COLOMBIANO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN MÚSICO	
ESTADO CIVIL CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS 1	ESTRATO 3	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input checked="" type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA Independiente		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA Delicias Nissi		CARGO Vendedor	
Ciudad Bucaramanga	DIRECCIÓN Cra 18#20-37 Barrio Alarcón	TELÉFONO 3162947093	FAX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA	
TELÉFONO	CELULAR	EMAIL Ksacvedratdoza@gmail.com	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P. <input type="checkbox"/> JCO7 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obliga 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

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.

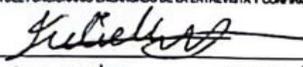


FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL c.c. **1098775758**



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: Kaíne Saavedra CÉDULA: 1099735042	

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

N° SINIESTRO

10270095 AGENCIA 08 DD 05 MM 2024 AAAA

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: SAAVEDRA SEGUNDO APELLIDO: TOLOZA PRIMER NOMBRE: KARINE SEGUNDO NOMBRE: JOLIETH

C.C. C.E. T.I. R. OTI NÚMERO: 1099735042 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Bucaramanga FECHA DE EXPEDICIÓN: 19/07/2022 SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: 23/06/2024 NACIONALIDAD: COLOMBIANA OCUPACIÓN/PROFESIÓN: Estudiante

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: Estudiante

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ CARGO: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ CIUDAD DE RESIDENCIA: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO

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: _____

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 MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS FECHAS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y ENDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

PERSONA JURÍDICA EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

JOLIETH

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1099735042

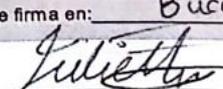
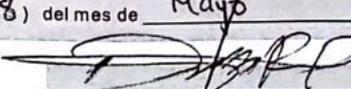

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

NOMBRE: Karine Saavedra CÉDULA: 1099735042

 AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA			
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input checked="" type="checkbox"/> INTERMEDIAR <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE		NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:		FAX:	CELULAR:
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			
NOMBRES Diego Fernando		PRIMER APELLIDO Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO Paez
TIPO DE IDENTIFICACION CC	NÚMERO 1098775758	FECHA EXPEDICION 17/10/2013	CIUDAD EXPEDICION Bucaramanga
DIRECCION: Cra 2# 65b-7L Barrio Los Canelos		CIUDAD: Bucaramanga	DEPARTAMENTO: Santander
TELEFONOS:		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 <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO 07
BANCO Bancolombia		SUCURSAL:	CIUDAD Bucaramanga
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS			
NOMBRES Y APELLIDOS		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NOMBRE(s) Alirio		Saavedra	Cruz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO 91278652	TIPO CC	FECHA EXPEDICION 11/12/1989
CARGO EN LA EMPRESA		CIUDAD EXPEDICION Bucaramanga	
AREA Espiritual		CARGO Pastor	
TELEFONOS Y FAX		EXTENSION	FAX 3152749383
PBX:			
NOMBRES Y APELLIDOS		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NOMBRE(s)			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA		CIUDAD EXPEDICION	
AREA		CARGO	
TELEFONOS Y FAX		EXTENSION	FAX
PBX:			
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	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.