



JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA
MÚLTIPLE DE PASTO

Correo electrónico: j05prpqcpso@cendoj.ramajudicial.gov.co

Pasto, nueve (09) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Enlaces a videos: [Parte 1](#) [Parte 2](#)

Audiencia inicial artículo 392 Código General del Proceso

Iniciación	9:00 a 10:45 a.m.
SUJETOS PROCESALES	
Proceso:	Declarativo verbal de r.c.e.
Radicación:	520014189005 2024-00049-00
Demandante:	Marina Victoria Aguirre Fuertes c.c. 27381103
Apoderado:	Augusto Cortes Martínez T.P. 149.377
Demandadas:	Axa Colpatria Seguros S.A. Nit. 86000284-6 IPS San Felipe SAS Nit. 900.544.001-7
Apoderados:	Daniel Lozano Villota T.P. 353.098 CSJ Marisol Arce Quiroz T.P. 208.166 CSJ

DESARROLLO DE LA AUDIENCIA:

	ETAPAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	Instalación	x		
2.	Constancia asistencia	x		Asistieron las partes y sus apoderados judiciales
3.	Conciliación	x		Exitosa

Luego de un diálogo informal, las partes ponen a consideración del juzgado el acuerdo al que han llegado. Oída la intervención de las partes, considerando que el convenio realizado no es lesivo para ninguna de ellas y se ajusta a derecho, el Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Pasto,

RESUELVE:

PRIMERO. Aprobar la conciliación a la que han llegado las partes contenida en los siguientes puntos:

1. Las partes demandante y demandada acuerdan transar las pretensiones de este proceso en la suma de cinco millones ochocientos quince mil quinientos pesos (\$5.815.500).
2. La suma de cinco millones ochocientos quince mil quinientos pesos (5.815.500), será pagada a la señora María Victoria Aguirre Fuertes, identificada con cédula de ciudadanía No. 27.381.103 por la parte demandada de la siguiente manera:



(i) Por parte de Axa Colpatría Seguros S.A., la suma de cuatro millones trescientos quince mil quinientos pesos (\$4.315.500) en el término de veinte (20) días hábiles siguientes a la radicación de los siguientes documentos:

- Copia de esta acta de conciliación
- Copia ampliada de la cédula de ciudadanía de la demandante
- Certificación bancaria no mayor a 30 días
- Formulario de conocimiento al cliente o Sarlaf, el cual le será enviado al correo electrónico de la demandante para su diligenciamiento.

Tales documentos deberán ser radicados en forma física en la Avenida 6 A bis No. 35-N-100, Oficina 212 Centro Empresarial Chipi Chape, Cali, Valle del Cauca. Direcciones electrónicas: notificaciones@gha.com.co y dlozano@gha.com.co

(ii) Por parte de la IPS San Felipe S.A.S., la suma de un millón quinientos mil pesos, que será pagado en cheque el día 16 de diciembre de 2024 a las 10:00 a.m. en la calle 16 No. 29-63 sexto piso de la ciudad de Pasto.

SEGUNDO. Se advierte a las partes que la conciliación a la que han llegado *hace tránsito a cosa juzgada* y que el acta que la comporta presta mérito ejecutivo.

TERCERO. Por cuanto la conciliación a la que han llegado las partes abarca todas las pretensiones se declara terminado el proceso sin condena en costas por disposición de las partes.

CUARTO. Archivar el expediente dejando las anotaciones de rigor.

La decisión se notifica en estrados, las partes conformes.

Cumplido el objeto de la audiencia se la termina.

(Firma electrónica¹)
MARTA ELINA DEJOY TOBAR
Juez

Firmado Por:
Marta Elina Dejoy Tobar
Juez
Juzgado Pequeñas Causas

¹ Validación en <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica/ValidarDocumento>

**Juzgado 005 Pequeñas Causas Y Competencia Múltiple
Pasto - Nariño**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **43152d93ed6553d68d925f937b7e5fa7caa0a13189d76ea81477c132372ce4b8**

Documento generado en 09/12/2024 01:41:35 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

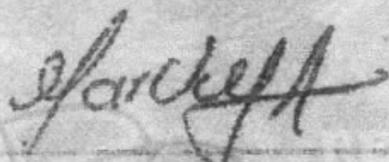
NÚMERO **27.381.103**

AGUIRRE FUERTES

APELLIDOS

MARINA VICTORIA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1970**

POTOSI
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

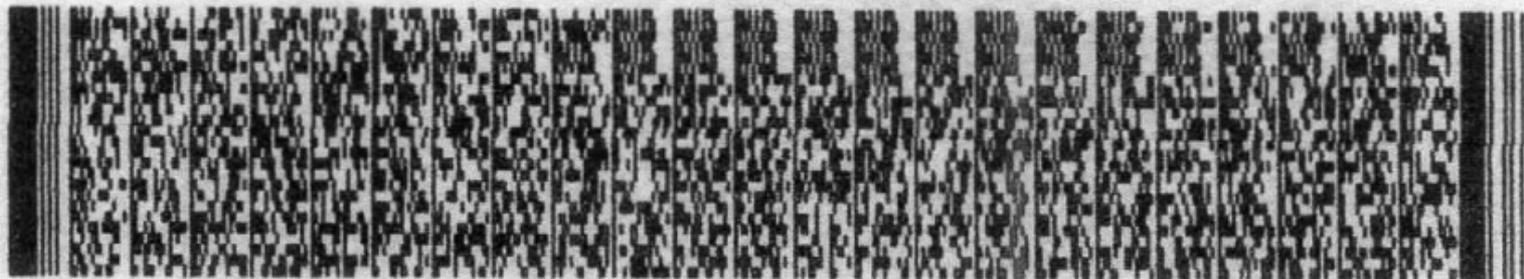
1.66
ESTATURA

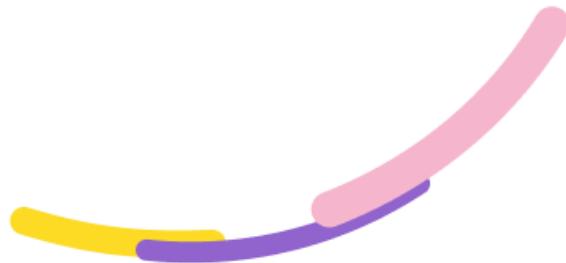
A+
G.S. RH

F
SEXO

02-NOV-1988 POTOSI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vácha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA





Certificación Bancaria

Martes, 10 de diciembre de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **MARINA VICTORIA AGUIRRE FUERTES** identificado(a) con CC. **27381103** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	838-851521-36	2001/04/16	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO Y ORDINARIO PARA PERSONA NATURAL - Octubre de 2023

1. Fecha de diligenciamiento **10 12 2024** 2. Clase de Vinculación Tomador Asegurador Beneficiario Afianzado Contratante Otro

DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA NATURAL (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

3. Nombre completo **MARINA VICTORIA AGUIRRE FUERTES** 4. Tipo de identificación C.C. NIT C.E. Otro

5. Número de identificación **27381103** 6. Fecha de expedición **2 11 1988** 7. Producto o seguro a adquirir

CAMPOS ADICIONALES DE LA PERSONA NATURAL (Aplica solo para régimen ordinario)

8. Nacionalidad 1 **colombiana** 9. Nacionalidad 2 10. ¿Tiene usted obligaciones fiscales en otro país? Sí No 11. ¿Cuál(es)?

12. Fecha de nacimiento **28 05 1970** 13. Dirección de residencia **Manzana 4 casa 11 b villa vergel**

14. Ciudad de residencia **Pasto** 15. Departamento de residencia **Nariño** 16. Teléfono

17. Celular **3160551988** 18. Correo electrónico **victoriasiempre777@gmail.com**

INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) (Aplica solo para régimen ordinario)

19. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), según la definición contemplada en el Decreto 830 de 2021 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen? Sí No

20. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) extranjera? Sí No 21. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) de organizaciones internacionales? Sí No

22. ¿Tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí No

23. ¿Es usted un asociado cercano de una PEP? (Cuando la PEP sea socia o asociada de una persona jurídica y, además, sea propietaria directa o indirecta con una participación superior al 5% de la persona jurídica, o ejerza el control de la persona jurídica, en los términos del Artículo 261 del Código de Comercio). Sí No

24. ¿Es usted familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, primera de afinidad y primero civil de una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí No

Si tiene algún tipo de relación con una persona expuesta políticamente (PEP), diligencie los siguientes campos:

25. Nombre (PEP) 26. Cargo

INFORMACIÓN ECONÓMICA (Aplica solo para régimen ordinario)

27. Ocupación (empleado) **Pensionada** 28. Empresa donde labora 29. Cargo

30. Actividad económica (indep.) 31. CIU 32. Producto o servicio que comercializa

33. Activo **30000000** 34. Pasivo **20000000** 35. Patrimonio **10000000** 36. Ingresos **3000000** 37. Egresos **2800000** 38. Otros ingresos

39. Concepto de otros ingresos 40. Procedencia de los fondos para la adquisición del seguro

41. ¿El pago de la prima se hará en moneda extranjera? Sí No 42. ¿El pago de la prima se hará desde una cuenta del exterior? Sí No

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PRODUCTO DE SEGUROS (Aplica solo para régimen ordinario)

43. ¿Para la venta de este seguro hay asegurados, beneficiarios o afianzados diferentes al tomador? Sí No 44. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas naturales? Sí No

45. Información de los asegurados, beneficiarios o afianzados persona natural (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del documento de identificación para cada beneficiario.

Nombres y apellidos	Tipo de documento	Número	Fecha de expedición	¿El asegurado, beneficiario o afianzado es una persona políticamente expuesta (PEP)?	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?
Asegurado, beneficiario o afianzado 1			DD / Mes / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 2			DD / Mes / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 3			DD / Mes / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 4			DD / Mes / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

46. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas jurídicas? Sí No

47. Información de los asegurados beneficiarios afianzados Persona Jurídica (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del Certificado de Existencia de Representación Legal. No aplica para Inscritos en RNVE.

Nombre de la empresa	NIT	Nombre y apellido (Representante Legal)	Tipo ID	No. ID	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?
Asegurado, beneficiario o afianzado 1					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 2					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 3					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 3					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Declaración de veracidad de la información, origen y destino de recursos, y actualización de información.

Yo **MARINA VICTORIA AGUIRRE FUERTES**, identificado con **CC No. 27381103** de **Potosí** (o como aparezco identificado al pie de mi firma) en nombre y representación legal de (nombre del tomador) ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.; AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.; O AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., Finaseguro S.A.S; o Nixus Capital Humano S.A.S., (en adelante las COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministrare a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma en la que aparece descrita por lo tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que la actividad económica de la empresa que represento es lícita, que se ejerce dentro de los marcos legales y que los dineros y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de _____. 3. Que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas. 4. Que me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto. 5. En mi calidad de solicitante del seguro o servicio aquí referenciado, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza o contrato. Manifiesto además, que me han sido explicadas por la compañía y / o por el intermediario las exclusiones y el alcance o contenido de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y solicito me sea expedida la póliza de seguros o contrato correspondiente.

AUTORIZACIÓN PARA DEMANDA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el compartimiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., Finanseguro S.A.S; o Nixus Capital Humano S.A.S., (en adelante LAS COMPAÑÍAS las cuales hacen parte del Grupo AXA en Colombia) serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, al suministrar mis datos personales a través de cualquier formato físico o electrónico puesto a mi disposición por LAS COMPAÑÍAS AUTORIZO DE MANERA LIBRE, PREVIA, EXPRESA E INFORMADA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios de seguros o salud propio de cada compañía requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer al cliente/afiliado/usuario, según el caso con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios de seguros o salud que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de cobranza, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros; vi) Realizar consulta de información relacionada con los aportes a la seguridad social, vii) Realizar transmisión y/o transferencia nacional e internacional en caso de ser necesario, con el fin de poder prestar los servicios de carácter técnico, operativo, humano y tecnológico requeridos y/o solventar las solicitudes del cliente así como las expuestas en la Política de Tratamiento de Datos de LAS COMPAÑÍAS; viii) realizar actividades de marketing, mercadeo, publicidad, prospección y retención comercial relacionados con los productos y/o servicios de LAS COMPAÑÍAS.

De otro lado entiendo que para el suministro de los servicios de seguro o de salud puede ser necesario el suministro de datos sensibles relacionados con el estado de salud pasado, presente o futuro, y que por lo tanto no estoy obligado a autorizar su tratamiento, no obstante al suministrarlos autorizo de manera expresa el tratamiento de los mismos.

Igualmente en caso de suministrar información necesaria para la prestación de los servicios de seguros o de salud a un niño, niña o adolescente, en respuesta y respeto a su interés superior y a sus derechos fundamentales, y entiendo que este suministro no es obligatorio, al suministrar dicha información autorizo el tratamiento de sus datos personales, como representante legal del menor, quien entiende las finalidades para las cuales serán tratados sus datos, según su grado de madurez y autonomía.

Declaro que he informado a los beneficiarios y terceros relacionados en el presente formulario, que sus datos personales serán tratados por las COMPAÑÍAS para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra el producto contratado.

Para efectos de esta autorización, entiendo que, como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Y finalmente entiendo que, para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web www.axacolpatría.co, y los establecidos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de LAS COMPAÑÍAS, la cual se encuentra publicada en www.axacolpatría.co.

48. Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

AUTORIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Autorizo a AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., FINANSEGURO S.A.S; o NIXUS CAPITAL HUMANO S.A.S., para ser contactado para gestión de cobranza realizada por contacto directo o por un tercero autorizado en representación de la compañía, a través de los siguientes canales: llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico, mensajería en físico, mensajería por aplicaciones o web (p.e. Whatsapp). Si desea no autorizar alguno de estos canales indique cuál(es):

Todos los anteriores, dentro del horario de lunes a viernes y de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm.

49. Nombre del Intermediario de Seguros que hace el Procedimiento de Conocimiento del Cliente:

50. Nombre de quien verifica:

51. Cargo:

52. Número de cédula:

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se requiere adjuntar a) Fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% b) En caso de ser apoderado, adjuntar el poder. La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

FIRMA

USTED PUEDE FIRMAR DIRECTAMENTE ESTE DOCUMENTO O PUEDE UTILIZAR LA OPCIÓN DE REEMPLAZO DE FIRMA

Si desea optar por el Reemplazo de Firma, entonces:

"TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA. Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFT, se debe realizar la verificación efectiva de la identidad de los potenciales clientes al momento de su vinculación utilizando datos e información de fuentes confiables e independientes, pudiéndose utilizar cualquier mecanismo tecnológico que garantice la realización de una verificación efectiva de la identidad del potencial cliente conforme a lo establecido en el Capítulo I del Título II de la Parte I de la CBJ de la SFC, a través del cual se puede verificar la identidad de una persona a partir de cualquiera de los factores de autenticación (algo que se sabe, algo que se tiene, algo que se es), sin perjuicio de cualquier otro mecanismo utilizado por la compañía para verificar su identidad, usted podrá remitir este formulario completamente diligenciado, a través de su correo electrónico registrado en este formulario, poniendo en el asunto solamente su número de identificación sin espacios, comas y puntos y adjuntando copia nítida de su documento de identificación, registrado en este formulario, por ambas caras, y remitirlo tanto a HYPERLINK "mailto:conocimiento.cliente@axacolpatría.co" conocimiento.cliente@axacolpatría.co como al email de su Asesor de Seguros. Mediante este hecho usted indica que la información contenida en este formulario cuenta con su aprobación, y autoriza el tratamiento de sus datos personales mediante una conducta inequívoca, considerando las observaciones que sobre dicha autorización usted haya registrado en el formulario.

Si desea firmar este documento, entonces:

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firma el presente documento:



 Firma aquí
 27' 384 103