

Número póliza Consecutivo	Espacio de uso exclusivo MAPFRE
------------------------------	---------------------------------

FECHA DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO

10/12/2021

CIUDAD

Medellín

DEPARTAMENTO

Antioquia

1. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE DE LA PENSIÓN

DATOS PERSONALES

TIPO DOCUMENTO

CC ☒ CE ☐ TI ☐

DOCUMENTO IDENTIDAD

11789807

LUGAR EXPEDICIÓN

Quibdó

FECHA DE NACIMIENTO

10/04/1954

GÉNERO

M ☒ F ☐

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

Carlos Rengifo Copete Minota

EPS A LA CUAL SE ENCONTRABA AFILIADO

CIUDAD DE FALLECIMIENTO

Medellín

Colosalud

DEPARTAMENTO DE FALLECIMIENTO

Antioquia

DIRECCIÓN DONDE RESIDÍA

Calle 44 # 99-33

DATOS DEL FALLECIMIENTO

TIPO DE FALLECIMIENTO

ENFERMEDAD/M NATURAL

☒ HOMICIDIO/ACCIDENTE

☐ SUICIDIO

FECHA DEL FALLECIMIENTO

01/05/2021

HORA FALLECIMIENTO

0330

INFORMACIÓN ESTADO CIVIL DEL CAUSANTE DE LA PENSIÓN.

ESTADO CIVIL (MARQUE CON UNA X)

CASADO

CONVIVENCIA EN UNIÓN LIBRE

DIVORCIADO

SEPARADO DE HECHO

VIUDO

SOLTERO

DESDE QUE FECHA

1	5	0	2	1	9	9	2

NOMBRE CÓNYUGE/COMPAÑERO PERMANENTE

Emiliana Guaitoto Gamboa

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

DATOS PERSONALES

TIPO DOCUMENTO

CC ☒ CE ☐ TI ☐

DOCUMENTO IDENTIDAD

39411057

LUGAR EXPEDICIÓN

Apartadó

FECHA DE NACIMIENTO

20/08/1967

EDAD

54

GÉNERO

M ☐ F ☒

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

Emiliana Guaitoto Gamboa

PARENTESCO CON EL CAUSANTE DE LA PENSIÓN

CIUDAD DE RESIDENCIA

Medellín

Conyuge

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Calle 44 # 99-33

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

Antioquia

CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)

medinafarid42@gmail.com

CELULAR

3116752170

TELÉFONO

REALIZA RECLAMACIÓN A NOMBRE (SI APLICA PUEDE ESCOGER MAS DE UNA OPCIÓN)

PROPIO ☒

TUTOR ☐

CURADOR ☐

APODERADO ☐

3. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE O REPRESENTANTE DE LOS HIJOS*

DATOS PERSONALES

TIPO DOCUMENTO

CC ☒ CE ☐ TI ☐

DOCUMENTO IDENTIDAD

39411057

LUGAR EXPEDICIÓN

Apartadó

FECHA DE NACIMIENTO

20/08/1967

EDAD

54

GÉNERO

M ☐ F ☒

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

Emiliana Guaitoto Gamboa

CIUDAD DE RESIDENCIA

Medellín

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Calle 44 # 99-33

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

Antioquia

CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)

medinafarid42@gmail.com

CELULAR

3116752170

TELÉFONO

Declaro bajo la gravedad de juramento que convivi con

15/02/1992

hasta

01/05/2021

Carlos Rengifo Copete Minota

en unión marital de hecho desde

Marque con una X el régimen de salud en el que se encuentra usted, De acuerdo con lo establecido en la Ley 1250 de 2008.

Subsidiado (SISBEN)

☐

En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, a que EPS le gustaría ser vinculado

SURA

Contributivo

☒

En que EPS se encuentra afiliado

Excepcional

☐

TIENE CONOCIMIENTO SI EL CAUSANTE DE LA PENSIÓN TENIA O TUVO UN NUCLEO FAMILIAR DIFERENTE AL QUE SOSTENIA CON USTED?

NO

NOMBRE	PARENTESCO





4. HIJOS DEL CAUSANTE DE LA PENSIÓN MENORES DE 18 AÑOS E HIJOS INVÁLIDOS

Nombres y Apellidos completos	Tipo y Número Identificación	Fecha Nacimiento	Inválido(a)	Nombres y Apellidos completos del representante

5. HIJOS DEL CAUSANTE DE LA PENSIÓN ENTRE 18 AÑOS Y 24 AÑOS

5.1 Nombres y Apellidos completos:

Tipo y Número Identificación:

Fecha Nacimiento:

Edad:

Estado Civil:

Estudia?:

Nombre Carrera/Estudios:

Semestre:

Fecha de inicio de estudios:

Nombre Institución:

Dependía económicamente del causante de la pensión?

Trabaja?

Fecha desde la que se encuentra trabajando:

En caso de residir en Colombia, marque con una X el régimen de salud en el que se encuentra usted

Subsidiado (SISBEN) ☐ En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, marque a que EPS le gustaría ser vinculado

Contributivo ☐ En que EPS se encuentra afiliado

En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, está de acuerdo con continuar con la misma EPS actual?

En caso de NO residir en Colombia, indique a que EPS le gustaría ser vinculado.

5.2 Nombres y Apellidos completos:

Tipo y Número Identificación:

Fecha Nacimiento:

Edad:

Estado Civil:

Estudia?:

Nombre Carrera/Estudios:

Semestre:

Fecha de inicio de estudios:

Nombre Institución:

Dependía económicamente del causante de la pensión?

Trabaja?

Fecha desde la que se encuentra trabajando:

Marque con una X el régimen de salud en el que se encuentra usted, De acuerdo con lo establecido en la Ley 1250 de 2008.

Subsidiado (SISBEN) ☐ En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, a que EPS le gustaría ser vinculado

Contributivo ☐ En que EPS se encuentra afiliado

Excepcional ☐

5.3 Nombres y Apellidos completos:

Tipo y Número Identificación:

Fecha Nacimiento:

Edad:

Estado Civil:

Estudia?:

Nombre Carrera/Estudios:

Semestre:

Fecha de inicio de estudios:

Nombre Institución:

Dependía económicamente del causante de la pensión?

Trabaja?

Fecha desde la que se encuentra trabajando:

Marque con una X el régimen de salud en el que se encuentra usted, De acuerdo con lo establecido en la Ley 1250 de 2008.

Subsidiado (SISBEN) ☐ En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, a que EPS le gustaría ser vinculado

Contributivo ☐ En que EPS se encuentra afiliado

Excepcional ☐

6. HIJOS DEL CAUSANTE DE LA PENSIÓN MAYORES DE 24 AÑOS

Nombres y Apellidos completos	Tipo y Número Identificación	Fecha Nacimiento	Ocupación

7. EN CASO QUE LOS RECLAMANTES SEAN LOS PADRES

7.1 DATOS PERSONALES MADRE

TIPO DOCUMENTO: CC ☐ CE ☐ TI ☐

DOCUMENTO IDENTIDAD:

LUGAR EXPEDICIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

GÉNERO: M ☐ F ☐

VIVE:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

ES PENSIONADO?:

TIENE BIENES PROPIOS?:



MAPFRE

SOLICITUD RECONOCIMIENTO POR SUSTITUCIÓN PENSIONAL

Generados por Causante pensión				
OTROS				

10. DATOS BANCARIOS

10.1 EN CASO QUE EL RESULTADO DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA COMPAÑÍA SEA FAVORABLE A LA SOLICITUD

YO Emiliana Guaito Gamba

AUTORIZO A MAPFRE

COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A REALIZAR PAGO POR TRANSFERENCIA A LA CUENTA BANCARIA REGISTRADA DE LA CUAL CONFIRMO SOY EL TITULAR.**

☐ ☐

NOMBRE DEL BANCO

Bancolombia

TIPO CUENTA

AHORROS

☐

CORRIENTE

☐

NÚMERO DE CUENTA

31029928625

OBSERVACIONES

10.2 EN CASO QUE EL RESULTADO DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA COMPAÑÍA SEA FAVORABLE A LA SOLICITUD

YO Emiliana Guaito Gamba

AUTORIZO A MAPFRE

COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A REALIZAR PAGO POR TRANSFERENCIA A LA CUENTA BANCARIA REGISTRADA DE LA CUAL CONFIRMO SOY EL TITULAR.**

☐ ☐

NOMBRE DEL BANCO

Bancolombia

TIPO CUENTA

AHORROS

☐

CORRIENTE

☐

NÚMERO DE CUENTA

31029928625

OBSERVACIONES

11. ACLARACIONES ADICIONALES

EN CASO QUE DESEE REALIZAR ALGUNA DECLARACIÓN ADICIONAL, FAVOR UTILIZAR ESTE ESPACIO

*Adjuntar registro civil de matrimonio

**Adjuntar Certificación bancaria con fecha de emisión no mayor a 2 meses contados a la firma de este formulario.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Nosotros quienes nos identificamos con Nombres, firmas, huellas y número de identificación abajo registradas, en calidad de reclamantes por el fallecimiento de (nombres y apellidos completos) Carlos Regino Minola Lopez (Q.E.P.D.) quien en vida se identificó con documento número (tipo y número de documento) 11781807, declaramos (amos) de forma voluntaria y libre de toda presión y bajo la gravedad del juramento ante MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. que hemos relacionado en el presente formato todas las personas que tenemos conocimiento que puedan tener mayor, igual o menor derecho a reclamar la prestación económica que legalmente corresponda al proceso que aquí adelante. Por lo anteriormente expresado exoneramos (amos) a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. de cualquier responsabilidad frente a eventuales futuras por este mismo concepto que se llegasen a presentar por personas adicionales que acrediten mayor, igual o menor derecho. Igualmente, en caso que se llegaren a presentar personas con mayor, igual o menor derecho a reclamar reintegraré (mos) a su favor los dineros recibidos en exceso por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. como consecuencia de esta declaración. Esta declaración presentará mérito ejecutivo y a requerimientos legales.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falte a la verdad.

Autorizo a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. para enviarme comunicaciones relacionadas con el trámite de sustitución pensional.

Por motivos de salud y/o condición autorizo a _____ en calidad de _____ a diligenciar el formulario este formato.

Declaro que recibí, leí y entendí la Carta de Instrucciones de proceso de sustitución pensional y/o Auxilio funerario

Declaro que he leído detenidamente el contenido del presente cuestionario, que la respuestas consignadas han sido aportadas por mí, de manera libre y espontánea y firmo en señal de aceptación.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como

ESTADO CIVIL

 UNIÓN LIBRE ☐ CASADA ☐ DIVORCIADA ☐ SEPARADA DE HECHO ☐ VIUDA ☐ SOLTERA ☐
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

CIUDAD DE RESIDENCIA

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)

CELULAR

TELÉFONO

 Trabaja? ☐ ☐ Percibe ingresos económ. propios ☐ ☐ Por qué concepto?
REALIZA LOS APORTES A SALUD EN CALIDAD DE:

 COTIZANTE ☐ BENEFICIARIO ☐ NO SE REALIZAN ☐
EN CASO DE SER BENEFICIARIO INDIQUE NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL COTIZANTE

Marque con una X el régimen de salud en el que se encuentra usted, De acuerdo con lo establecido en la Ley 1250 de 2008.

 Subsidiado (SISBEN) ☐ En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, a que EPS le gustaría ser vinculado

 Contributivo ☐ En que EPS se encuentra afiliado

 Excepcional ☐
7.2 DATOS PERSONALES PADRE
TIPO DOCUMENTO

 CC ☐ CE ☐ TI ☐
DOCUMENTO IDENTIDAD

LUGAR EXPEDICIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

GÉNERO

 M ☐ F ☐
VIVE NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

ES PENSIONADO?
☐ ☐
TIENE BIENES PROPIOS?
☐ ☐
ESTADO CIVIL

 UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO DE HECHO ☐ VIUDO ☐ SOLTERO ☐
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

CIUDAD DE RESIDENCIA

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)

CELULAR

TELÉFONO

 Trabaja? ☐ ☐ Percibe ingresos económ. propios ☐ ☐ Por qué concepto?
REALIZA LOS APORTES A SALUD EN CALIDAD DE:

 COTIZANTE ☐ BENEFICIARIO ☐ NO SE REALIZAN ☐
EN CASO DE SER BENEFICIARIO INDIQUE NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL COTIZANTE

Marque con una X el régimen de salud en el que se encuentra usted, De acuerdo con lo establecido en la Ley 1250 de 2008.

 Subsidiado (SISBEN) ☐ En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, a que EPS le gustaría ser vinculado

 Contributivo ☐ En que EPS se encuentra afiliado

 Excepcional ☐
8. EN CASO QUE EL O LOS RECLAMANTES SEAN HERMANOS INVÁLIDOS QUE DEPENDIAN ECONÓMICAMENTE DEL CAUSANTE DE LA PENSIÓN
TIPO DOCUMENTO

 CC ☐ CE ☐ TI ☐
DOCUMENTO IDENTIDAD

LUGAR EXPEDICIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

GÉNERO

 M ☐ F ☐
VIVE NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

ES PENSIONADO?
☐ ☐
ESTADO CIVIL

 UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO DE HECHO ☐ VIUDO ☐ SOLTERO ☐
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

CIUDAD DE RESIDENCIA

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)

CELULAR

TELÉFONO

REALIZA LOS APORTES A SALUD EN CALIDAD DE:

 COTIZANTE ☐ BENEFICIARIO ☐ NO SE REALIZAN ☐
EN CASO DE SER BENEFICIARIO INDIQUE NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL COTIZANTE

Marque con una X el régimen de salud en el que se encuentra usted, De acuerdo con lo establecido en la Ley 1250 de 2008.

 Subsidiado (SISBEN) ☐ En caso de ser reconocido como pensionado por sustitución pensional, a que EPS le gustaría ser vinculado

 Contributivo ☐ En que EPS se encuentra afiliado

 Excepcional ☐
9. INGRESOS DEL NÚCLEO FAMILIAR AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO DEL CAUSANTE DE LA PENSIÓN.

DESCRIPCIÓN	INGRESOS MES (\$)	GASTOS MES (\$)	ORIGEN DE LOS INGRESOS	OBSERVACIONES
Generados por la Madre				
Generados por el Padre				
Generados por Hermanos				



SOLICITUD AUXILIO FUNERARIO

FECHA DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO

10/12/2021

CIUDAD

Medellín

DEPARTAMENTO

Antioquia

Espacio de uso exclusivo MAPFRE

Número póliza

Consecutivo

2. INFORMACION DEL CAUSANTE DE LA PENSION

DATOS PERSONALES

TIPO DOCUMENTO

CC ☒ CE ☐ TI ☐

DOCUMENTO IDENTIDAD

77789807

LUGAR EXPEDICIÓN

Quibdó

FECHA DE NACIMIENTO

10/04/1954

GÉNERO

M ☒ F ☐

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

Carlos Regino Copete Minota

EPS A LA CUAL SE ENCONTRABA AFILIADO

☒ cafésalud

DIRECCIÓN DONDE RESIDÍA

calle 44 # 99-33

CIUDAD DE FALLECIMIENTO

Medellín

DEPTO DE FALLECIMIENTO

Antioquia

DATOS DEL FALLECIMIENTO

TIPO DE FALLECIMIENTO

ENFERMEDAD/M NATURAL ☒HOMICIDIO/ACCIDENTE ☐SUICIDIO ☐

FECHA DEL FALLECIMIENTO

01/05/2021

HORA FALLECIMIENTO

03:30

3. INFORMACION DEL SOLICITANTE

3.1 DATOS PERSONALES

TIPO PERSONA

JURÍDICA ☐ NATURAL ☒

TIPO DOCUMENTO

CC ☒ CE ☐ NIT ☐

DOCUMENTO IDENTIDAD

39411057

LUGAR EXPEDICIÓN

Apartado

FECHA DE NACIMIENTO

20/08/1967

EDAD

54

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS (EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA - RAZÓN SOCIAL)

Emiliana Guaitoto Gamboa

PARENTESCO CON EL CAUSANTE DE LA PENSION

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Calle 44 # 99-33

CIUDAD DE RESIDENCIA

Medellín

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

Antioquia

CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)

medinafarid42@gmail.com

CELULAR

3116752170

TELÉFONO

LOS GASTOS FUNERARIOS FUERON CUBIERTOS POR	MARQUE X	OBSERVACIONES
RECURSOS PROPIOS DEL RECLAMANTE		
PÓLIZA		
CONTRATO PREEXEQUIAL	☒	
OTRO		

10. DATOS BANCARIOS

EN CASO QUE EL RESULTADO DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA COMPAÑÍA SEA FAVORABLE A LA SOLICITUD

AUTORIZO A MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A REALIZAR PAGO POR TRANSFERENCIA A LA CUENTA BANCARIA REGISTRADA DE LA CUAL CONFIRMO SOY EL TITULAR.**

NOMBRE DEL BANCO

NÚMERO DE CUENTA

Bancolombia S.A.

37029928625

TIPO CUENTA

AHORROS ☒CORRIENTE ☐

OBSERVACIONES

**Adjuntar Certificación bancaria con fecha de emisión no mayor a 2 meses contados a la firma de este formulario.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Nosotros quienes nos identificamos con Nombres, firmas, huellas y número de identificación abajo registradas, en calidad de reclamantes por el fallecimiento de (nombres y apellidos completos) Carlos Regino Copete Minota (Q.E.P.D.) quien en vida se identificó con documento número (tipo y número de documento) 77789807, declaro (amos) de forma voluntaria y libre de toda presión y bajo la gravedad del juramento ante MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. que hemos relacionado en el presente formato todas las personas que tenemos conocimiento que puedan tener mayor, igual o menor derecho a reclamar la prestación económica que legalmente corresponda al proceso que aquí adelanto. Por lo anteriormente expresado exonero (amos) a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. de cualquier responsabilidad frente a eventuales futuras por este mismo concepto que se llegasen a presentar por personas adicionales que acrediten mayor, igual o menor derecho. Igualmente, en caso que se llegaren a presentar personas con mayor, igual o menor derecho a reclamar reintegraré (mos) a su favor los dineros recibidos en exceso por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. como consecuencia de esta declaración. Esta declaración presentará mérito ejecutivo y a requerimientos legales.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falte a la verdad.

Autorizo a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. para enviarme comunicaciones relacionadas con el trámite de auxilio funerario.

Por motivos de salud y/o condición autorizo a _____ en calidad de _____ a diligenciar el formulario este formato.

Declaro que recibí, leí y entendí la Carta de Instrucciones de proceso de sustitución pensional y/o Auxilio funerario

Declaro que he leído detenidamente el contenido del presente cuestionario, que la respuestas consignadas han sido aportadas por mí, de manera libre y espontánea y firmo en señal de aceptación.



SOLICITUD AUXILIO FUNERARIO

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor, reclamante de sustitución pensional; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; (xi) actualizar, verificar y profundizar información necesaria para el estudio del trámite de sustitución pensional ya sea por medios presenciales a través de entrevista, grabación y/o medio fílmico.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Emiliana Guaitoto G.
FIRMA
Emiliana Guaitoto Gamba
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS



Huella índice derecho

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

39477057

datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor, reclamante de sustitución pensional; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; (xi) actualizar, verificar y profundizar información necesaria para el estudio del trámite de sustitución pensional ya sea por medios presenciales a través de entrevista, grabación y/o medio fílmico.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Emiliana Guaitoto G.
FIRMA
Emiliana Guaitoto Gamba
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
39471057



Huella índice derecho

Emiliana Guaitoto G.
FIRMA
Emiliana Guaitoto Gamba
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
39471057



Huella índice derecho

Emiliana Guaitoto G.
FIRMA
Emiliana Guaitoto Gamba
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
39471057



Huella índice derecho

Emiliana Guaitoto G.
FIRMA
Emiliana Guaitoto Gamba
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
39471057



Huella índice derecho

PÓLIZA SEGURO DE PENSIONES RENTAS VITALICIAS - LEY 100

Datos de la Póliza

RENTA VITALICIA INMEDIATA - PENSION DE INVALIDEZ (80101)

Póliza N°

9201413001860

Fecha Inicio Vigencia

01/12/2013

AFP

FONDO DE PENSIONES OBLIGATOR

Aportes a salud

Del valor total de la mesada pensional se descontará mensualmente el porcentaje total que se encuentre establecido por ley para aportes a salud, este dinero será girado a la EPS a la que se encuentre afiliado el pensionado ó sus beneficiarios.

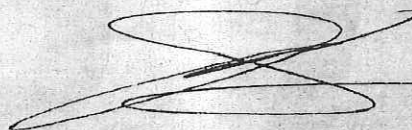
Documentos necesarios para garantizar la continuidad en el pago de la mesada pensional

Para garantizar la continuidad del pago de su mesada pensional, es indispensable radicar en las oficinas de MAPFRE SEGUROS la CERTIFICACION VIGENTE DE ESTUDIOS EN CURSO de forma semestral, los primeros cinco (5) días hábiles de los meses febrero y agosto para cada uno de los beneficiarios de la mesada cuya edad se encuentre entre 18 y 25 años (de acuerdo con lo establecido en el Artículo 47 literal c de la ley 100 de 1993).

Pensionado

MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. - NIT. 830.054.904-6

CARLOS REGINO COPETE MINOTA



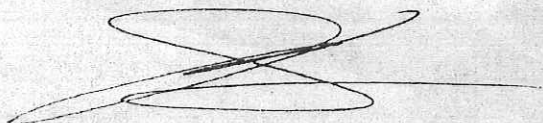
MAPFRE COLOMBIA VIDA
NT 8300549046

HACE CONSTAR QUE:

El señor (a) COPETE MINOTA CARLOS REGINO, identificado(a) con CC número 11789807 y domiciliado(a) en BOGOTA D.C.; DISTRITO CAPITAL, ha contratado una Pensión de INVALIDEZ, en la modalidad de Renta Vitalicia Inmediata.

El monto de la mesada bruta, a la fecha, es de 589,500.00 MCTE; descontándose mensualmente el 12%; destinado a SALUD COOP EPS; EPS correspondiente dejando, de esta manera, expeditos sus derechos de atención por salud.

La presente constancia se exp.d.e a solicitud del pensionado, en Bogotá D.C., a los 07 días del mes de Enero de 2014.



FIRMA AUTORIZADA
Unidad de Seguros de Vida



PÓLIZA SEGURO DE PENSIONES RENTAS VITALICIAS - LEY 100

Datos de la Póliza

RENTA VITALICIA INMEDIATA - PENSION DE INVALIDEZ (80101)

Póliza N°

9201413001860

Fecha Inicio Vigencia

01/12/2013

AFP

FONDO DE PENSIONES OBLIGATOR

Datos del causante de la pensión

Nombres y Apellidos: CARLOS REGINO COPETE MINOTA

No. Documento: 11789807

Fecha de nacimiento: 10/04/1959

Genero: MASCULINO

Fecha de siniestro: 17/12/2011

Datos de los beneficiarios

Beneficiarios	Documento	Estado	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo	% Mesada	Tiempo de Pago
CARLOS REGINO COPETE MINOTA	11789807	INVALIDO	TITULAR	10/04/1959	MASCULINO	100%	VITALICIO
EMILIANA GUAITOTO GAMBOA	39411057	NO INVALIDO	CONYUGE	20/08/1967	FEMENINO	0%	VITALICIO
DIANA MARCELA COPETE GUAITOTO	96122109875	NO INVALIDO	HIJO/A	21/12/1996	FEMENINO	0%	TEMPORAL

Dirección de Domicilio y Pago

Dirección : CL 44 NO 70 - 104 SAN JUAN

Ciudad : BOGOTA D.C.

Banco :

No. Cuenta:

Tel. 6503300

Dpto. DISTRITO CAPITAL

Tipo de cuenta

Titular CARLOS REGINO COPETE M

Valores de la renta

Prima única

\$ 197.588.273,00

Retroactivo

\$ 0,00

Mesada Inicial

\$ 589.500,00

Fecha primer pago

20/12/2013

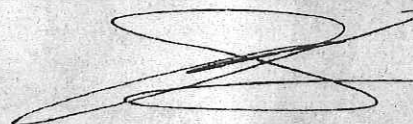
Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

Pensionado



CARLOS REGINO COPETE MINOTA

MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. - NIT. 830.054.904-6




NOTA DE CRÉDITO

Funeraria San Vicente S.A.
NIT. 811.035.875-0
I.V.A. Régimen Común

Considerar Gm's

CÓDIGO R2-FO-09VO

Página 1 de 1



La Factura No. 177511 que detalla el valor de Servicios Funerarios con cargo a Auxilio Gualitoto se pacta en los siguientes términos:

- ☒ 1. \$ 4.540.000 con cargo a Fondo Pensiones y el excedente de la siguiente manera: Firma Poder
- ☐ 2. Firma Poder para cobro Auxilio Soat por valor de: \$ _____
- ☐ 3. Firma Poder para Cobro de Auxilio ISS por valor de: \$ _____
- ☐ 4. Pago con Tarjeta Débito
- ☐ 5. Pago con Tarjeta Crédito a _____ cuotas.
- ☐ 6. De contado antes de la Inhumación.
- ☐ 7. 50% antes de la Inhumación o Cremación y el 50% restante a 30 días.
- ☐ 8. 50% antes de la Inhumación o Cremación y el 50% restante con cheque fechado a _____ días.
- ☐ 9. Cheque por el valor total fechado a _____ días.

- ITEMS**
- ☒ Servicios Básicos: Neopalluvia - luto x 1 mes
 - ☒ Cofre o Urna tipo: Willamena 11" 6 pul
 - ☒ Sala de Velación: 10, Dora Aponte 100 - 1000
 - ☒ Número de Horas: Condolencia
 - ☒ Exequias: No cargo
 - ☒ Cremación: 1 Persona - 1 Foto
 - ☐ Transporte del Cuerpo a: _____
- ☐ Lote o Bóveda: _____
☐ Autos No. 2 X 3 personas
☐ Buses No. 1 X 25 personas
☐ Observaciones: No cargo



Firma Cliente:

R Johana Andrea Copele G.
c.c. 1152 449394

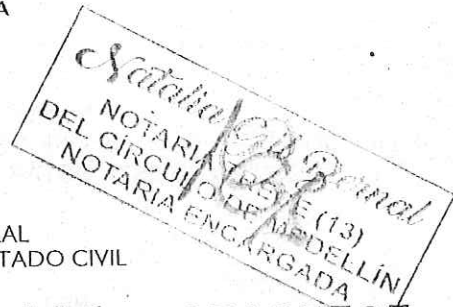
Firma Codeudor:

c.c.

Medellín: Carrera 51D (Juan del Corral) No. 61-20 Frente a la Iglesia de Jesús Nazareno
PBX: 575 50 50 - 01 8000 41 66 66 Cel.: 310 425 61 82 E-mail: fsanvicente@funerariasanvicente.com
Yarumal: Calle 18 No. 20-66 Teléfonos: 853 98 98 - 887 13 76



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

07105797

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	☒	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código	A	5	L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía													
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN NOTARIA 13 MEDELLIN * * * * *													

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos	
COPETE MINOTA CARLOS REGINO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 11789807 * * * * *	MASCULINO * * * * *

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía	
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN * * * * *	
Fecha de la defunción	Hora
Año 2 0 2 1 Mes M A Y Día 0 1 03:30	Número de certificado de defunción 728003062 * * * * *
Presunción de muerte	
Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
* * * * *	Año Mes Día
Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial ☐ Certificado Médico ☒	RAFAEL ENRIQUE PINEDA ARROYO - MEDICO * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos	
ZAPATA CASTAÑEDA ESTEFANIA * * * * *	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1128403589 * * * * *	Estefania Zapata e... *

Primer testigo

Apellidos y nombres completos	
* * * * *	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
* * * * *	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 1 Mes M A Y Día 0 3	TERESA AGUIAR RODRIGUEZ

ESPACIO PARA NOTAS

—ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO—

NOTARIA TRECE (13) DE MEDELLIN
ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL DEL FOLIO DEL REGISTRO CIVIL QUE REPOSA EN EL
ARCHIVO DE ESTA NOTARIA. VALIDO PARA TODO LOS EFECTOS CIVILES

06 DE MAYO 2021

NATALIA GIL BERNAL
NOTARIA TRECE (13) ENCARGADA
DEL CIRCULO DE MEDELLIN

Natalia Gil Bernal
NOTARIA TRECE (13)
DEL CIRCULO DE MEDELLIN
NOTARIA ENCARGADA

ESPACIO EN BLANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANISMO
REGISTRADURÍA
DIRECCIÓN NACIONAL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

50049983

NUIP	11.789.807
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A	9	T
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

País	Departamento	Municipio	Corregimiento o/o Inspección de Policía	COLOMBIA	ANTIOQUIA	APARTADO
------	--------------	-----------	---	----------	-----------	----------

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
COPETE		MINOTA	
Nombre(s)			
CARLOS REGINO			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	1 9 5 9	Mes	A B R
Día	1 0	MASCULINO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)			
COLOMBIA CHOCO QUIBDO			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CEDULA DE CIUDADANIA	0011789807

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
COPETE MINOTA ANA TERESA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
COPETE MINOTA CARLOS REGINO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.789.807	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 1 Mes S E P Día 2 1	PEDRO PABLO CIFUENTES CASTRO - RE
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	
21.SEP.2011 - SE HACE DE CONFORMIDAD A LA LAY 1395 DE 2010 ART 118.	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 50049983 *



aseguradora Mapfre



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
APARTADO - ANTIOQUIA

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
VALIDO PARA: TRAMITES DE PENSION

VALIDO SIN SELLO ART. 20-21 LEY 962 DE 2005

Apartado, septiembre 21 de 2011

PEDRO PABLO CIFUENTES CASTRO
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 39.411.057

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42781190

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	K 7 M
---------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	-------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE BAJO BAUDO (PIZARRO) - COLOMBIA - CHOCO - BAJO BAUDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	GUAITOTO	Segundo Apellido	GAMBOA
Nombre(s)			
EMILIANA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	1967	Mes	AGO
Día	20	FEMENINO	O
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CHOCO BAJO BAUDO (PIZARRO)			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CEDULA DE CIUDADANIA	0039411057

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
GAMBOA GIRON ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GUAITOTO JOSE AGUSTIN	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GUAITOTO GAMBOA EMILIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 39.411.057	Emiliana Guaitoto

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2012
Mes	SEP
Día	11
IVAN... REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil

30637008-1

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL SUSCRITO REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL BAJO
BAUDO – CHOCO**

CERTIFICA QUE:

La presente reproducción es fiel copio del original que reposa en este despacho y tiene validez para todos los efectos legales.

Serial: 42781190

Nuip: 39.411.057

Valido para: TRAMITES LEGALES.

Valido sin sello según decreto 2150 de 1995.

Fecha de solicitud 25 de noviembre de 2021.

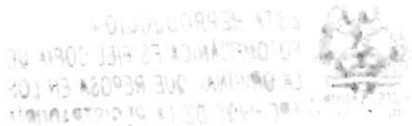

HENRY HURTADO TORRES

Registrador Municipal del Estado Civil del Bajo Baudó

Registraduria Municipal del Bajo Baudó – Chocó Barrio El Mango- Pizarro - teléfonos 3104750893 –
Código postal 275030 – Bajo Baudó – E- mail: bajobaudochoco@registraduria.gov.co



**Somos
el siglo XXI**



Bogotá, 07 de enero de 2014

Señor(a)

CARLOS REGINO COPETE MINOTA
CLL 44 NO 70 104 SAN JUAN
3147914556
MEDELLIN, ANTIOQUIA

**MAPFRE LE AGRADECE LA CONFIANZA DEPOSITADA EN
NUESTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Apreciado Pensionado:

En nombre del equipo de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., queremos extenderle un saludo de bienvenida al incorporarse a nuestro grupo de pensionados.

Adjunto a esta comunicación, nos permitimos hacerle llegar la documentación relacionada con el seguro contratado:

- Condiciones Generales de la póliza.
- Condiciones particulares de la Póliza Rentas Vitalicias.
- Certificación de pensión.
- Formato de actualización de datos

Con el propósito de dar inicio al pago de la renta vitalicia y formalizar el trámite ante la compañía, solicitamos nos haga llegar la siguiente documentación a la mayor brevedad posible:

1. Copia firmada de las condiciones particulares de la Póliza Rentas Vitalicias a la Cra. 14 No. 96-34 (Piso 2) en la ciudad de Bogotá o en la oficina más cercana de su ciudad.
2. Certificación bancaria a la cual se le realizaran los pagos de la mesada pensional, dicha certificación deberá ser expedida por la entidad financiera donde cada uno de los pensionados relacionados en la póliza figure en calidad de titular. (En caso de pensionados menores de edad, el documento corresponderá al tutor designado).
3. Formulario de afiliación al Régimen Contributivo en salud, debidamente diligenciado y radicado ante la Entidad Promotora de Salud, aclarando que es pensionado de Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. – Nit. 830.054.904-6. Todos los beneficiarios pensionados deben tener afiliación.
4. En caso de existir afiliación a Caja de Compensación familiar, deberá realizar el cambio de entidad pagadora de la pensión indicando que es pensionado de Mapfre Colombia Vida Seguros S.A NIT: 830.054.904-6 y allegar la respectiva certificación.



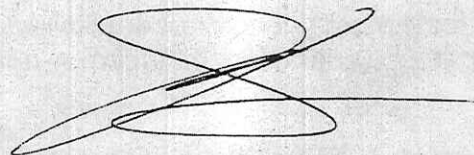
Respecto a la afiliación a una EPS, es importante que usted tenga en cuenta que ésta es de carácter OBLIGATORIO, la escogencia de la entidad y la realización de los trámites para afiliarse serán su responsabilidad.

De igual forma, le informamos algunos aspectos importantes en la administración de su póliza Rentas Vitalicias.

- El pago de mesadas será realizado los días 20 de cada mes o el día hábil siguiente en caso dado que 20 sea inhábil.
- En caso de realizar cambio de EPS, por favor tener en cuenta que debe enviar de forma inmediata la novedad a Mapfre para garantizar que el pago se realice a la nueva EPS designada y no a la anterior, en caso contrario, puede quedar sin pago registrado durante el tiempo que no notifique la novedad a la nueva EPS y por consiguiente sin servicio de Salud.
- En caso de alguna novedad o cambio en la cuenta registrada o medio de pago, por favor informar mínimo el día 10 de cada mes.

Si desea comunicarse con nosotros, por favor contáctenos a través de nuestra línea de atención: 3077024 opción 4 (consultas) y luego opción 4 (pensionados) en Bogotá, o 018000519991 línea nacional; o bien, a través del correo electrónico: pensionados@mapfre.com.co, o al fax 6503400 Ext. 1340 si prefiere, dirija su correspondencia a la Dirección de Rentas Vitalicias. Unidad de Seguros de Vida. Cra. 14 No. 96 – 34 Piso 2 en Bogotá, D. C. Reiteramos nuestra disponibilidad para aclarar cualquier inquietud adicional.

Reciba un cordial saludo,



MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A.
Firma Autorizada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **39.411.057**
GUAITOTO GAMBOA

APELLIDOS
EMILIANA

NOMBRES

Emiliana

FIRMA



DOY TESTIMONIO QUE ESTA COPIA
CORRESPONDE A DOCUMENTO
ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA.

29 NOV 2021

NOTARIA TRECE (13) ENCARGADO
DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1967**

BAJO BAUDO (PIZARRO)

(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

18-JUN-1991 APARTADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-0103500-00925484-F-0039411057-20170725

0056594921A 1

48573273

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **11.789.807**

COPETE MINOTA

APELLIDOS

CARLOS REGINO

NOMBRES

[Firma manuscrita]
FIRMA



DOY TESTIMONIO QUE ESTA COPIA
CORRESPONDE A DOCUMENTO
ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA.

29 NOV 2021

**NOTARIA TRECE (13) ENCARGADO
DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN**



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-1959**

QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

27-JUL-1977 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Firma manuscrita]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1701900-00896335-M-0011789807-20170410

0054910618A 2

47048637



Teresa Aguilar Rodríguez
NOTARIA TRECE (13)

DECLARACIÓN JURAMENTADA ACTA N°2039
(D. L N° 1557 de Julio 1989 Art. 299 del C. J)

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia a los veintinueve (29) días del mes de **NOVIEMBRE** de **DOS MIL VEINTIUNO (2021)**, Ante: **MARIA CAMILA ACOSTA AGUILAR**, Notaria Trece (E) del Círculo de Medellín, compareció: **EMILIANA GUAITOTO GAMBOA**, ciudadana colombiana, mayor de edad, quien se identifica con cedula de ciudadanía número **39.411.057** de estado civil: Soltera por efecto de viudez, domiciliada en Medellín en la dirección ubicada en la Calle 44 No. 99-33 Barrio San Javier en la ciudad de Medellín (Antioquia) con número de teléfono celular 311 675 2170, de Ocupación u oficio: Ama de Casa, obrando libremente, con entero y cabal juicio, en actuación extraproceso y conforme al Código General del Proceso, Artículo: 188 y con el fin de rendir declaración sobre asunto civil, de acuerdo con el decreto 1557 de 1989 y en ejercicio consagrado en el artículo 4 del decreto 960 de 1970 y el artículo 2 del decreto 2148 de 1983, Declaramos bajo la gravedad de juramento Art. 442, 444 del C. Penal que su testimonio versa sobre hechos percibidos directamente por el compareciente. -----

Declaro bajo la gravedad de juramento que Convivi de manera permanente y singular con el Señor **Carlos Regino Copete Minota**, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. **11.789.807**, desde el día 15 de febrero de 1992, hasta la hora de su fallecimiento, el día 01 de mayo de 2021 y que de esta unión nacieron dos hijos. -----

No conocí en ningún momento que él sostuviera una relación por fuera, además en los documentos como los son Entidad Prestadora de Salud, (EPS), seguros y demás yo aparezco como su única compañera, (EPS), seguros y demás yo aparezco como su única compañera, sentimental y beneficiaria. -----

Igualmente, autorizo a que se verifique por cualquier medio la información aportada en virtud de la mencionada convocatoria, y en caso de falsedad, a que se desplieguen las acciones contempladas en la Ley. -----

La presente declaración se realiza a petición del interesado como prueba sumaria y para los trámites legales pertinentes de COLFONDOS. -----

La presente declaración se recepciona de conformidad con el decreto 1557 de 1989 y en ejercicio de lo consagrado en el artículo 4 del Decreto 960 de 1970, el artículo 2 del Decreto 2148 de 1983, artículo 299 de código de procedimiento civil, ley 962 de 2005, y decreto 0019 de 2012. No siendo mas el motivo de la presente acta, se levanta después de ser leída y aprobada por quien en ella intervino, quien en constancia firma. Resolución No. 0536 del 22 de Enero de 2021, corregida por la Resolución numero: 0545 del 25 de Enero de 2021. Derechos \$13.800, IVA: \$2.622, Total: \$16.422.

Declarantes,

Emiliana GUAITOTO GAMBOA

EMILIANA GUAITOTO GAMBOA

C.C: 39477057

DRA. MARIA CAMILA ACOSTA AGUILAR
NOTARIA TRECE DE MEDELLIN- ENCARGADA



DECLARACION EXTRAJUICIO N° 5466

En el Municipio de Apartadó, Departamento de Antioquia, República de Colombia, hoy 14 de diciembre de 2021, ante mí DIEGO ALEJANDRO GAVIRIA VELEZ, NOTARIO UNICO DE APARTADO-ANTIOQUIA, compareció: COPETE GUAITOTO DIANA MARCELA, dijo ser mayor de edad, natural de Apartadó-Antioquia, alfabeta, domiciliado(a), en el barrio obrero del municipio de Apartadó, teléfono 3125242420, para identificarse exhibió la cédula de ciudadanía 1152707281 de Medellín. El suscrito Notario le recibió el juramento de rigor previa la imposición del artículo 442 del Código Penal, con las prescripciones del decreto 1557 del 14 de Julio de 1989 y el artículo 188 del código General del Proceso, previa la amonestación sobre las implicaciones por faltar a la verdad y al preguntársele (s) sobre el objeto de su declaración manifiesta: A: Mis nombres y apellidos son como han quedado escritos inicialmente, declaro que Renuncio al derecho de la mesada pensional que me corresponde de mi padre el señor CARLOS REGINO COPETE MINOTA, sea acrecida a mi madre la señora EMILIANA GUAITOTO GAMBOA, con cédula de ciudadanía 39.411.057. Rindo la presente declaración con el fin de cumplir con requisitos solicitados. ¿Interrogada la declarante sobre qué más tiene para agregar, corregir o enmendar a su declaración?, CONTESTÓ: No. Luego de la lectura que Yo el Notario hice a la Declarante del contenido de la presente acta, ésta la aprueba y en constancia firma. Se suprime huella dactilar, Artículos 17 y 18 Decreto Ley 019 de 2012 e Instrucción Administrativa número 3296 del 29/08/2019. La declarante Mostró mente sana. Derechos \$13.800, Iva\$ 2.622 Doy Fe.

LA DECLARANTE:

Diana copete

COPETE GUAITOTO DIANA MARCELA
C.C. 1152707281 DE MEDELLÍN

[Firma]

DIEGO ALEJANDRO GAVIRIA VELEZ
NOTARIO UNICO DE APARTADO-ANTIOQUIA



COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A NIT 900.226.715 – 3

CERTIFICA:

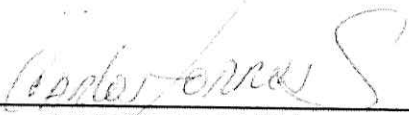
El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC - 39411057
Nombres:	EMILIANA
Apellidos:	GUAITOTO GAMBOA
No. de carnet:	05001621652
Tipo de afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Fecha de afiliación:	2020-12-01
Estado de afiliación:	ACTIVO
Régimen:	SUBSIDIADO
IPS:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
Departamento - Municipio:	ANTIOQUIA - MEDELLÍN
Nivel sisben:	N

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 14 días del mes de Diciembre de 2021.


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Referencia Bancaria

Miércoles, 15 de diciembre de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EMILIANA GUAITOTO GAMBOA identificado(a) con CC 39.411.057, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31029928625	2021/12/15	ACTIVA

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

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en 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 del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Claudia Posada Álvarez
Gerente Bancolombia S.A.

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, téngalo de inmediato a correo@seccreos@bancolombia.com