

Señores;

**CENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN DERECHO & FORMACIÓN
TEJIDO HUMANO.**

BOGOTA D.C.

E. S. D.

REFERENCIA. SOLICITUD DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO

CONVOCANTE: CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ

**CONVOCADOS: COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES
DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA “COOPEDEREZ” y LA EQUIDAD
SEGUROS.**

JOSÉ KID GARZÓN FLORIANO, mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía N° 83.056.640 de Guadalupe-Huila, y portador de la tarjeta profesional N° 229.684, del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico juridica.pension@gmail.com, el cual se encuentra debidamente inscrito en el registro nacional de abogados, en mi calidad de apoderado de la convocante **CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.562.113 expedida en Engativá, heredera de la causante **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), mediante el presente escrito me permito solicitar los servicios del **CENTRO DE CONCILIACIÓN**, con el fin de solicitar Audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho para el reconocimiento y pago del saldo del crédito de \$11.337.680 suma de dinero que fue compensada de los aportes que la causante tenía en la **COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA “COOPEDEREZ”** amparado por la póliza de vida deudores expedido por la aseguradora **“LA EQUIDAD SEGUROS”**, fundamentado en los siguientes:

IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

CONVOCANTE: CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.562.113 expedida en Engativá, heredera de la causante **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), residenciada en la Carrera 116 No. 77 B – 42 Casa 265, Urbanización Parques de Granada de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: munozclaudia466@gmail.com, Celular: 3125495995.

CONVOCADA: COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA “COOPEDEREZ”, identificada con el número de NIT. 860.023.320-1, con dirección física en la Calle 4 No. 9-42, Of.

202, Edf. García Lozano de la ciudad de Zipaquirá, Teléfono. 8522255, Celular. 3112374396, correo para notificaciones: coopederez@yahoo.com

CONVOCADA: LA EQUIDAD SEGUROS, identificada con el número de NIT. 860.028.415-5, representada legalmente por NÉSTOR RAÚL HERNÁNDEZ OSPINA, y/o por quien haga sus veces, con dirección física en la Carrera 9 A No. 99 – 07, Teléfono. 601 9172127, correo para notificaciones judiciales: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

HECHOS

PRIMERO: La señora **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), quien en vida se identificó con la cedula de ciudadanía No. 41.437.299, el día 6 de mayo de 2022, solicitó un crédito por valor de \$15.000.000.00 M/Cte., a la **COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIQAQUIRA “COOPEDEREZ”**.

SEGUNDO: Así mismo, a la señora **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), los aquí contratantes “**COOPEDEREZ**” le solicitaron llenar los requisitos para el crédito y póliza de vida deudores de **LA EQUIDAD SEGUROS** para asegurar el valor del crédito que otorgaría la cooperativa.

TERCERO: En observancia de los requisitos **COOPEDEREZ**, aprueba crédito ordinario por valor de \$15.000.000.00 M/Cte., a 48 meses, a la señora **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), como garantía se firma pagaré No. 000000766 con carta de instrucciones.

CUARTO: En la forma en que **COOPEDEREZ**, tomador y beneficiario del valor asegurado, presta asesoramiento para el diligenciamiento de los requisitos para solicitar el seguro y declaración de asegurabilidad, la asegurada **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), indica que presenta las siguientes condiciones: *Insuficiencia Renal Crónica* y *Epoc Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*, de suerte que la cooperativa y la aseguradora omiten verificar la parte que indica “explicar detalladamente”, originando aprobación y aseguramiento del crédito.

QUINTO: Según lo anterior, del análisis de los requisitos y las condiciones de salud de la señora **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), como lo indica en contestación, *“prima automática y en consecuencia para su ingreso será necesaria la aprobación previa por parte de la equidad seguros para lo cual el asegurado deberá aportar las pruebas médicas que la entidad aseguradora establezca”*.

SEXTO: En el siguiente literal de la respuesta del 17 de junio de 2024, **LA EQUIDAD SEGUROS:** *“Teniendo en cuenta lo anterior y una vez revisados los registros de solicitudes de ingresos, no se evidencia que la entidad tomadora*

haya remitido solicitud de aprobación a la aseguradora para el ingreso a la póliza de la señora RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d.), dado las patologías informadas en la declaración de asegurabilidad para el otorgamiento del crédito”.

SÉPTIMO: Lo anteriormente se infiere que **COOPEDEREZ** fue negligente al momento de realizar el debido procedimiento y el análisis de los documentos para el estudio y aprobación del crédito solicitado por la señora **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d).

OCTAVO: la señora **CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ**, hija y heredera de la asociada **NOHEMY RODRIGUEZ** (q.e.p.d), solicita a **COOPEDEREZ** los aportes sociales ahorrados por su señora madre en la cooperativa de ahorro y crédito.

Como réplica de la solicitud, la cooperativa hace uso de lo pactado en la cláusula séptima del pagaré No. 7666 de fecha 6 de mayo de 2022, descontando el saldo del crédito por valor de \$11.337.680, argumentando que la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS no reconoce el pago de la deuda.

NOVENO: El valor del crédito fue asegurado por la Póliza No. AAA00451 contratada con **LA EQUIDAD SEGUROS**.

PRETENSIONES

Solicito al CENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN DERECHO & FORMACIÓN TEJIDO HUMANO., citar a Audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho a la COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA “COOPEDEREZ” y LA EQUIDAD SEGUROS, con el fin de:

- 1.- Se reconozca favorablemente el valor asegurado por parte de LA EQUIDAD SEGUROS en la suma de \$11.337.680.
- 2.- La devolución del total de los aportes que poseía la señora NOHEMY RODRIGUEZ (q.e.p.d), en la COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA “COOPEDEREZ” por valor de \$ 14.722.486.
- 3.- Que los aportes sociales de \$ 14.722.486, ahorrados en la cooperativa por la señora NOHEMY RODRIGUEZ (q.e.p.d), sean entregados su hija y heredera la señora CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ.

PROCEDIMIENTO

Se trata de una solicitud de conciliación extrajudicial en derecho, la cual se encuentra regulada por los artículos 38 de la Ley 1122 de 2007, 135 de la Ley 1438 de 2011, Ley 2220 del 2022 y Decreto 1716 de 2009.

COMPETENCIA Y CUANTIA

Por tratarse de un conflicto surgido con fundamento a un acuerdo de voluntades es Usted competente, Señor Superintendente delegado y en razón de la cuantía.

MANIFESTACIÓN JURAMENTADA

Manifestó bajo gravedad de juramento que no cursa solicitud de conciliación frente a conciliador diferente, que no existe acta de conciliación judicial o extrajudicial en derecho, que no concurre pleito pendiente frente a otra autoridad y que no existe sentencia judicial respecto de los mismos hechos, partes y circunstancias.

ANEXOS COMO PRUEBAS

Me permito aportar con la presente solicitud, los siguientes documentos:

- 1.- Solicitud crédito y pagaré COOPEDEREZ.
- 2.- Solicitud seguro LA EQUIDAD SEGUROS.
- 3.- Estado cuenta COOPEDEREZ.
- 4.- Certificado de reclamación LA EQUIDAD SEGUROS.
- 5.- Radicado caso 179737 LA EQUIDAD SEGUROS.
- 6.- Radicado caso 201526 LA EQUIDAD SEGUROS.
- 7.- Respuesta LEE ROCHA LEGAL ABOGADOS de COOPEDEREZ.
- 8.- Registro Civil de defunción NOHEMY RODRIGUEZ (q.e.p.d).
- 9.- Registro Civil de nacimiento CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ.
- 10.- Copia cedula de ciudadanía CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ.
- 11.- Declaración extrajuicio de CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ.
- 12.- Certificado de Existencia y Representación Legal de COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA "COOPEDEREZ".
- 13.- Certificado de Existencia y Representación Legal de LA EQUIDAD SEGUROS.
14. Poder a mi favor.

NOTIFICACIONES

El suscrito recibirá notificaciones en el correo electrónico: juridica.pension@gmail.com, celular. 3225424528.

La convocante CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ en la Carrera 116 No. 77 B – 42 Casa 265, Urbanización Parques de Granada de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: munozclaudia466@gmail.com, Celular: 3125495995.

La convocada COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA "COOPEDEREZ", en la Calle 4 No. 9-42, Of. 202, Edf. García Lozano de la ciudad de Zipaquirá, Celular. 3112374396, correo electrónico: coopederez@yahoo.com

La convocada LA EQUIDAD SEGUROS al correo electrónico: lanotificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop



JOSÉ KID GARZÓN FLORIANO

C.C. N° 83.056.640 De Guadalupe (Huila)

T.P. 229.684 del C.S. de la Judicatura



Cooperativa de Aportes y Crédito de Trabajadores de Empresas Regionales de Zipaquirá
 NIT: 860.023.320-1 Persona Jurídica No. 01373 Julio de 1963 - Ministerio de Trabajo

PAGARE No. 0000007666

- 1.-VALOR CAPITAL DEL CREDITO:
- 2.- TASA DE INTERES REMUNERATORIA EFECTIVA ANUAL:
- 3.-LUGAR PARA EL PAGO DEL CREDITO:
- 4.-PLAZO DEL CREDITO:
- 5.- FECHA DE PAGO DE LA PRIMERA CUOTA:
- 6.- SISTEMA DE AMORTIZACION:

El (los) abajo firmante(s), mayor(es) de edad, identificado(s) y obrando, como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), quien (es) en adelante me(nos) denominare (mos) el (los) deudor(es), por medio del presente pagaré hago(hacemos) constar **PRIMERO**. Que me (nos) obligo (amos) A PAGAR a la orden de **LA COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA, COOPEDEREZ**, o de quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de **ACREEDOR**, en forma incondicional, indivisible y solidaria la suma de dinero que se menciona en el numeral 1 (valor de capital del crédito), del encabezamiento de este documento. **SEGUNDO**. Que igualmente me(nos)obligo(amos) a pagar junto con el capital, los intereses remuneratorios sobre el saldo insoluto del crédito a la tasa efectiva anual que aparece señalada en el numeral 2 (tasa de interés remuneratoria efectiva anual) del encabezamiento. Los cuáles serán pagados en su equivalente mes a mes. **TERCERO**. Que la suma que he(mos) recibido a título de mutuo junto con sus respectivos intereses y los cargos por concepto de primas de seguro, así como cualquier otro concepto que se derive de la obligación contenida en este pagaré, serán pagados al **ACREEDOR** en la ciudad que se menciona en el numeral 3 (lugar para el pago del crédito) del encabezamiento y el plazo que se menciona en el numeral 4 (plazo del crédito) del mismo. La primera cuota será exigible el día que se menciona en el numeral 5 (fecha de pago de la primera cuota) del encabezamiento y así sucesivamente el mismo día de cada mes siguiente hasta la cancelación total de la deuda. **PARAGRAFO.-** cuando la fecha de vencimiento del pago de una de las cuotas deba hacerse en día no hábil, me (nos) obligo(mos) a cancelar dicha cuota el día hábil inmediatamente siguiente al de la fecha de vencimiento. **CUARTO**. Que en caso de mora me(nos) obligo (amos) a pagar intereses a la tasa de intereses moratoria máxima que permitan las disposiciones legales vigentes. **QUINTO**. Que en caso de cobro judicial o extrajudicial de este pagaré serán de mí (nuestra) cuenta todos los gastos, honorarios y costas que se ocasionen por la cobranza judicial o extrajudicial. En el evento de cobro judicial, los gastos no se limitarán a las costas judiciales que decreta el juez, sino también serán de mi (nuestro) cargo todos los honorarios del (los) abogados contratado(s) por el **ACREEDOR** para el respectivo cobro. **SEXTO.-** Reconozco (cemos) de antemano el derecho que le asiste al **ACREEDOR** para que en los eventos que a continuación se detallan, pueda declarar extinguido el plazo y de esa manera exigir anticipadamente, extrajudicialmente o judicialmente, sin necesidad de requerimiento alguno el pago de la totalidad del saldo insoluto de la obligación incorporada en el presente pagaré, así como sus intereses, los gastos de cobranza incluyendo los honorarios de los abogados que hayan sido pactados por el **ACREEDOR** y las demás obligaciones a mí(nuestro) cargo constituidas a favor del **ACREEDOR**: a) si se prueba la mora en el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones que directa o indirectamente tenga(mos), con el **ACREEDOR**. En dicho caso se extinguirá automáticamente el plazo concedido haciéndose exigible el monto total de las obligaciones. EL **ACREEDOR**, podrá restituirme (nos) el plazo para lo cual podrá exigir el pago de las cuotas vencidas, junto con la totalidad de intereses causados hasta la fecha en que se haga el respectivo pago. Así como los gastos de honorarios de abogado y comisiones por concepto de seguros que por mi (nuestra) cuenta haya pagado EL **ACREEDOR**. b) si soy (somos) demandados por cualquier persona natural o jurídica. c) si se abre proceso de concurso de acreedores, concordato, liquidación, oferta de cesión de bienes. d) si los bienes

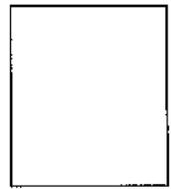
dados en garantía se enajenan, se gravan o demeritan en todo o en parte o dejan de ser garantía suficiente. e.) si cometemos inexactitudes en balances, informes, declaraciones o documentos presentados al ACREEDOR. f) muerte de uno cualquiera de los deudores. **SEPTIMA.** Que expresamente faculto (amos) al ACREEDOR para **compensar** los saldos pendientes por pagar a mi (nuestro) cargo con los dineros que tenga (amos) **en aportes**, o cuentas a nuestro favor, que sea (mos) titular (es) en dicha entidad ya sea en forma individual y/o en forma alternativa con otra u otras personas naturales o jurídicas. **OCTAVO.** Que expresamente autorizo (amos) AL ACREEDOR para que a cualquier título endose el presente pagaré, o ceda el crédito incorporado en el mismo a favor de cualquier tercero sin necesidad de su notificación. **NOVENO.** EL ACREEDOR, tendrá el derecho de dirigirse indistintamente contra cualesquiera de los obligados en virtud del presente instrumento, sin necesidad de notificar a los otros suscriptores de este título. Además entre los distintos suscriptores nos conferimos poder y representación recíproca, en razón de la cual en caso de que se acuerde una prórroga del plazo, la restructuración de la deuda o la modificación y /o aclaración de cualquiera de las condiciones pactadas, con uno solo de nosotros se mantendrá la solidaridad que adquirimos respecto de las obligaciones derivadas de este pagaré respecto del alcance y contenido de las obligaciones nuevas que se adquieran, para lo cual, cualquiera de nosotros podrá suscribir el (los) nuevas condiciones del documento modificatorio en nombre y representación de los demás. **DECIMO.** Expresamente autorizo (amos) al ACREEDOR, para llevar el control de los pagos efectuados al crédito incorporado en el presente título valor en el mismo y /o en hoja adicional y /o en registros sistematizados. **DECIMO PRIMERO.-** En mi (nuestra) calidad de titular(es) actuando libre y voluntariamente autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable al ACREEDOR, o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, obtener, ofrecer, compilar, modificar emplear y enviar toda la información que se refiera a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios de la misma naturaleza o los operadores de información o a quien represente sus derechos o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines. La presente autorización faculta al ACREEDOR para que mi (nuestros) datos personales y en general la información obtenida en virtud de la relación comercial establecida, pueda ser objeto de tratamiento sistematizado.

En constancia se firma a los Seis (06) días del mes de Mayo del año Dos mil veintidos (2022).

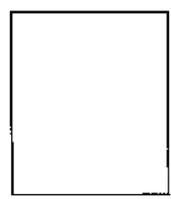
NOMBRE DEUDOR * Neheiny Rodriguez FIRMA DEUDOR * [Firma]
DIRECCION KM6. H77b42 c5225 IDENTIFICACION * H. 437 299 66
TELEFONO FIJO * 601 7069 941 TELEFONO CELULAR * 3125009488
CORREO ELECTRONICO _____



NOMBRE CODEUDOR _____ FIRMA DEUDOR _____
DIRECCION _____ IDENTIFICACION _____
TELEFONO FIJO _____ TELEFONO CELULAR _____
CORREO ELECTRONICO _____



NOMBRE CODEUDOR _____ FIRMA DEUDOR _____
DIRECCION _____ IDENTIFICACION _____
TELEFONO FIJO _____ TELEFONO CELULAR _____
CORREO ELECTRONICO _____



SOLICITUD DE CRÉDITO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
DÍA 06 MES 05 AÑO 2022

FECHA DE RECEPCIÓN
DÍA 06 MES 05 AÑO 2022

DATOS DEL ASOCIADO

CÉDULA #	211 437 299	EXPEDIDA EN	Boagotá	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA 01	MES 12	AÑO 1988
PRIMER APELLIDO	Rodríguez	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	Noheany		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	716 H 776-42 CS 225	CIUDAD	Boagotá	DEPARTAMENTO	Cundinamarca		
E-MAIL	mi-1er.m@Halmay.com	ESTADO CIVIL	Soltero	PENSIONADO	SI	NO	
TEL. RESIDENCIA	601 7069941	CELULAR	312 500 8488	EMPRESA DONDE LABORA	Fidaprevisora		
ASIGNACION MENSUAL		ANTIGUEDAD		OTROS INGRESOS	DETALLE		

ESPECIFICACIONES DEL CRÉDITO

LINEA DE CRÉDITO	Ordinario	FORMA DE PAGO	Men. Suel.	PLAZO SOLICITADO	48 meses
MONTO SOLICITADO	\$ 15.000.000	COUTA MENSUAL	\$ 456.934 =	TIPO DE GARANTIA	pagare.

DATOS DEL PRIMER CODEUDOR

CÉDULA #		EXPEDIDA EN		FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES			
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO			
E-MAIL		ESTADO CIVIL		PENSIONADO	SI	NO	
TEL. RESIDENCIA		CELULAR		EMPRESA DONDE LABORA			
ASIGNACION MENSUAL		ANTIGUEDAD		OTROS INGRESOS	DETALLE		

DATOS DEL SEGUNDO CODEUDOR

CÉDULA #		EXPEDIDA EN		FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES			
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO			
E-MAIL		ESTADO CIVIL		PENSIONADO	SI	NO	
TEL. RESIDENCIA		CELULAR		EMPRESA DONDE LABORA			
ASIGNACION MENSUAL		ANTIGUEDAD		OTROS INGRESOS	DETALLE		

VALOR EN APORTES
SALDO CREDITO(S)
FECHA DE AFILIACIÓN

\$ 13'307.484
\$ 7'96.298
DIA 19 MES 04 AÑO 190

FLUJO DE CAJA DEL DEUDOR

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Sueldo Básico	\$ <u>1'608.033</u>	Cuota de Vivienda o Arrendo	\$ _____
Otros Ingresos por Nómina	\$ <u>-</u>	Servicios Públicos	\$ <u>364.860</u>
Otros Ingresos *	\$ <u>1'141.190-52</u>	Otras Obligaciones	\$ _____
Total Ingresos Mensuales	\$ <u>2'749.223-52</u>	No. Personas a cargo	\$ <u>-</u>
*Describir la procedencia de otros ingresos (Adjuntar Soporte)		Total Egresos Mensuales	\$ <u>364.860</u>
<u>Pensión Gracia</u>			

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ACTIVIDAD	CIUDAD

En tipo de garantía se debe escribir la abreviatura correspondiente.

HA: Hipoteca Abierta HC: Hipoteca Cerrada PC: Prenda con Tenencia PS: Prenda sin Tenencia

- EL CREDITO ESTARÁ LIQUIDADO MEDIANTE UN PLAN DE PAGO CON MODALIDAD DE CUOTA FIJA O PERIÓDICA VENCIDA.
- DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD CONCUERDA CON LA REALIDAD, AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA VERIFICARLA Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA MISMA.
- AUTORIZO DE MANERA IRREVOCABLE A COOPEDEREZ PARA REPORTAR, SOLICITAR Y DIVULGAR A LAS CENTRALES DE RIESGO, TODA INFORMACIÓN REFERENTE A MI COMPORTAMIENTO COMO ASOCIADO Y/O CODEUDOR SOLIDARIO DE LA ENTIDAD.
LO ANTERIOR IMPLICA QUE EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES SE REFLEJARAN EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS.
- DANDO CERTEZA QUE TODO LO AQUI CONSIGNADO ES CIERTO Y ES CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO CONTENIDO EN LA ACTUAL SOLICITUD FIRMO ESTE DOCUMENTO A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____ EN LA CIUDAD DE _____.

[Firma]
FIRMA DEL ASOCIADO DEUDOR

FIRMA DEL PRIMER CODEUDOR

FIRMA DEL SEGUNDO CODEUDOR

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COOPEDEREZ

COMITÉ DE CRÉDITO: _____

GERENTE: _____

OBSERVACIONES:

REQUISITOS

DEUDOR

FOTOCOPIA DE CÉDULA

FOTOCOPIA UN RECIBO DE SERVICIO PÚBLICO

CERTIFICADO DE INGRESOS O ULTIMO COMPROBANTE DE PAGO

CODEUDOR(ES)

FOTOCOPIA DE CÉDULA

FOTOCOPIA UN RECIBO DE SERVICIO PÚBLICO

CERTIFICADO DE INGRESOS O ULTIMO COMPROBANTE DE PAGO

2022 05 06

14,203,700.00

RODRIGUEZ NOHEMY

CATORCE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.



CoopedereZ

NIT: 860.023.320-1

Zipaquirá

COMPROBANTE DE EGRESO			NUMERO 0000007308	CHEQUE 5293191	2022	05	06
CUENTA	CONCEPTO DEL MOVIMIENTO	DETALLE DEL MOVIMIENTO	DEBITOS		CREDITOS		
14420501	A_GTIA OTRAS CAJA ORDINARIO	PMO 001 A 48 CUOTAS T.I 1.60	15,000,000.00				
11100506	BANCO AV VILLAS CTA CTE 643001	PMO 001 A 48 CUOTAS T.I 1.60			14,203,700		
14420501	A_GTIA OTRAS CAJA ORDINARIO	SALDO CAPITAL PMO 0000007097			791,587		
41501001	INT CREDITO ORDINARIO	SDO INT X CAUSAR PM 0000007097			4,644		
42200501	RECUPERACION SEGUROS	SEGURO X CAUSAR PMO 0000007097			67		
31050501	APORTES SOCIALES ORDINARIOS	ABONO APORTES PMO 001			2		
USUARIO QUE PROCESO : ANDREA			Sumas Iguales	15,000,000.00	15,000,000.		
CUENTA BANCARIA BENEFICIARIO			Cte				
BENEFICIARIO CHEQUE RODRIGUEZ NOHEMY			0041437299				
Preparado	Revisado	Autorizado					
			Firma Cédula y Sello de Recibido				

datos en garantía se enajenan, se gravan o demeritan en todo o en parte o dejan de ser garantía suficiente, e.) si cometemos inexactitudes en balances, informes, declaraciones o documentos presentados al ACREEDOR, f) muerte de uno cualquiera de los deudores, **SEPTIMA.** Que expresamente faculto (amos) al ACREEDOR para **compensar** los saldos pendientes por pagar a mi (nuestro) cargo con los dineros que tenga (amos) **en aportes**, o cuentas a nuestro favor, que sea (mos) titular (es) en dicha entidad ya sea en forma individual y/o en forma alternativa con otra u otras personas naturales o jurídicas. **OCTAVO.** Que expresamente autorizo (amos) AL ACREEDOR para que a cualquier título endose el presente pagaré, o ceda el crédito incorporado en el mismo a favor de cualquier tercero sin necesidad de su notificación. **NOVENO.** EL ACREEDOR, tendrá el derecho de dirigirse indistintamente contra cualesquiera de los obligados en virtud del presente instrumento, sin necesidad de notificar a los otros suscriptores de este título. Además entre los distintos suscriptores nos conferimos poder y representación recíproca, en razón de la cual en caso de que se acuerde una prórroga del plazo, la reestructuración de la deuda o la modificación y/o aclaración de cualquiera de las condiciones pactadas, con uno solo de nosotros se mantendrá la solidaridad que adquirimos respecto de las obligaciones derivadas de este pagaré respecto del alcance y contenido de las obligaciones nuevas que se adquirieran, para lo cual, cualquiera de nosotros podrá suscribir el (los) nuevas condiciones del documento modificatorio en nombre y representación de los demás. **DECIMO.** Expresamente autorizo (amos) al ACREEDOR, para llevar el control de los pagos efectuados al crédito incorporado en el presente título valor en el mismo y /o en hoja adicional y /o en registros sistematizados. **DECIMO PRIMERO.** En mi (nuestra) calidad de titular(es) actuando libre y voluntariamente autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable al ACREEDOR, o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, obtener, ofrecer, cumplir, modificar emplear y enviar toda la información que se refiera a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios de la misma naturaleza o los operadores de información o a quien represente sus derechos o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines. La presente autorización faculta al ACREEDOR para que mi (nuestros) datos personales y en general la información obtenida en virtud de la relación comercial establecida, pueda ser objeto de tratamiento sistematizado.

En constancia se firma a los Seis (06) días del mes de Mayo del año 2022.

CORREO ELECTRONICO
NOMBRE CODEUDOR * Roberto Rodriguez
DIRECCION * KM. H7642 CS 225
TELEFONO FIJO * 601 7069940
TELEFONO CELULAR * 3178208488
FIRMA DEUDOR * [Signature]
IDENTIFICACION * M. 43729166

CORREO ELECTRONICO
NOMBRE CODEUDOR
DIRECCION
TELEFONO FIJO
TELEFONO CELULAR
IDENTIFICACION
FIRMA DEUDOR

CORREO ELECTRONICO
NOMBRE CODEUDOR
DIRECCION
TELEFONO FIJO
TELEFONO CELULAR
IDENTIFICACION
FIRMA DEUDOR





Cooperativa de Aportes y Crédito de Trabajadores de Empresas Regionales de Zipaquirá
 Nit: 860.023.320-1 Personería Jurídica No. 01373 Julio de 1963 - Ministerio de Trabajo

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ EN BLANCO No. 0000007666

Señores

COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA, COOPEDEREZ

El (los) abajo firmante(s), mayor(es) de edad, identificado (s) y obrando como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), me (nos) permito (imos) manifestar que autorizo (amos) en forma irrevocable a **LA COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA, COOPEDEREZ**, o a quien en el futuro detente la calidad de acreedor del crédito aprobado, para que diligencie el pagaré a la orden con espacios en blanco que he (mos) solicitado a favor del ACREEDOR, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

- 1.- El número del pagaré corresponderá, al que sea asignado por EL ACREEDOR, de acuerdo con su numeración interna.
- 2.- El ACREEDOR diligenciará el espacio correspondiente al valor del crédito por la suma de dinero de capital que el ACREEDOR efectivamente desembolse a mi (nuestro) favor a título de mutuo comercial con intereses (Crédito).
- 3.- La tasa de interés, remuneratoria se expresará en términos efectivos anuales y será aquella que fije EL ACREEDOR, de acuerdo con su política interna de crédito al momento de realizarse el desembolso de la suma de dinero. La cual acepto (amos) y cuyo monto exacto se (sabemos) que podré (mos) consultar o solicitar en cualquier momento al ACREEDOR.
- 4.- El lugar para el pago del Crédito corresponde a la ciudad donde se haya presentado la solicitud del crédito.
- 5.- El plazo del pago será el establecido por el ACREEDOR, en el documento interno denominado carta de aprobación del crédito, o en la comunicación que para efecto sea utilizada por este, para informarme (nos) sobre los términos de operación del crédito a ser perfeccionada.
- 6.- La fecha de pago de la primera cuota mensual, será el mismo día del mes inmediatamente siguiente a aquel que el ACREEDOR realice el desembolso del crédito. No obstante lo anterior, el día también podrá ser el solicitado por el cliente en los documentos que se presenten con la solicitud del crédito y que se registre en el sistema del ACREEDOR.
- 7.- El sistema de amortización será cuota Fija, o al sistema de amortización que para la fecha de desembolso tenga vigente el ACREEDOR de conformidad con sus políticas internas.

El pagaré así diligenciado presta merito ejecutivo y puede el acreedor, o quien en el futuro detente la calidad de ACREEDOR, exigir su pago por vía judicial sin perjuicio de las demás acciones legales que se puedan tener.

Las presentes instrucciones las imparto (imos) de conformidad con lo dispuesto en el art. 622 inc.2 del Código de Comercio para todos los efectos allí previstos.

Dejo (amos) constancia de que recibí (mos) copia del pagaré y carta de Instrucciones

En constancia se firma a los Seis (06) días del mes de Mayo del año Dos mil veintidos (2022).

NOMBRE DEUDOR

* Nebermy Rodríguez

DIRECCION

* Km. 4 77b-42 C.A. 225

TELEFONO FIJO

* 601 7069941

FIRMA DEUDOR

* [Handwritten Signature]

IDENTIFICACION

* 41.437.299 66

TELEFONO CELULAR

* 312 500 84 58

CORREO ELECTRONICO _____



NOMBRE CODEUDOR

DIRECCION

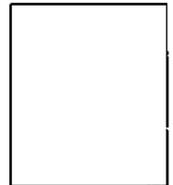
TELEFONO FIJO

CORREO ELECTRONICO _____

FIRMA DEUDOR

IDENTIFICACION

TELEFONO CELULAR



NOMBRE CODEUDOR

DIRECCION

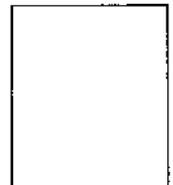
TELEFONO FIJO

CORREO ELÉCTRONICO _____

FIRMA DEUDOR

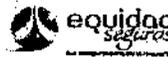
IDENTIFICACION

TELEFONO CELULAR



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo Deudores Protección Familiar
 Grupo Aportes Grupo Directivos Plan A B C



TOMADOR COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES REGIONALES DE ZIPAQUIRÁ "COOPEDEREZ"		C.C.ANIT 860.023.320-1	
DIRECCIÓN CALLE 4 # 9-42 OFC 202 EDF GARCÍA LOZANO		CIUDAD ZIPAQUIRÁ	TELÉFONO 3112374396
ASEGURADO PRINCIPAL <i>Mohemmy Rodríguez</i>		C.C. 41.437.299	ESTADO CIVIL <i>Soltero</i>
PESO (Kg) 54 kg	ESTATURA (Mts) 1.45 mts	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE? No	OCUPACIÓN <i>MIA</i>
FECHA DE NACIMIENTO <i>04-Diciembre-48</i>	CORREO ELECTRÓNICO <i>MIA</i>	VALOR ASEGURADO <i>\$15.000.000 =</i>	

Para Protección Familiar hacer diligencia al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%
X	X	X	X	X	X

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
 Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

- | | |
|---|---|
| 1. AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGIA <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> |
| 3. CANCER <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input checked="" type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA <input checked="" type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Central de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelanta gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hacen sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se llave a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 8 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

✓ Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

✓ En constancia se firma en *Zipaquirá* a los *06* días del mes de *Mayo* del año *2022*

FIRMA ASEGURADO

Autoriza Ingreso: SI No
 Nombre y firma de quien autoriza



Huella del índice derecho del asegurado



NOMBRE	RODRIGUEZ NOHEMY	SALDOS AL DIA	2023.08.28
EMPRESA		ACUM. AHORROS PERMANENTES	0
CEN/COSTO		ACUM. APORTES SOCIALES	14,722,486
CEDULA ASOCIADO	0041437299	AHORROS VOL. Y REV.	0
CODIGO NOMINA	41437299	TOTAL SALDOS A FAVOR	14,722,486
FECHA AFILIACION	1990.04.19	CUOTA OBLIGATORIA	48,000
FECHA INGRESO A LA EMPRESA	2011.09.30	AHO+APORTE EN MORA	0

INFORMACION ADICIONAL AL ASOCIADO

SALDO A FAVOR 3,305,068 Actualiz. Datos a 2020.09.25

SALDOS DE CARTERA

NUMERO PTMO	LINEA DE CREDITO	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCTO	VALOR INICIAL	CTAS PTES	VALOR CUOTA	SALDO EN MORA	SALDO A CAPITAL	INT./SEGUR. OTR./CONC.	SDO TOTAL DE LA DEUDA
0000007666	ORDINARIO	2022.05.06	2026.05.15	15,000,000	32	456,934		11,337,680	79,738	11,417,418
Totales				15,000,000		456,934	0	11,337,680	79,738	11,417,418



CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN EQUIDAD SEGUROS O.C.

CIUDAD Y FECHA							
ZIQAQUIRA - 26 SEPTIEMBRE-2023							
TOMADOR:				NIT.			
COOPEDEREZ				860023320-1			
ASEGURADO				CC.			
NOHEMY RODRIGUEZ				41437299			
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO			
CALLE 4 # 9-42 Ofc 202		ZIQAQUIRA		3112374396			
SEGURO DE VIDA DEUDORES							
PÓLIZA No.		FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA			FECHA INICIAL DEL PRÉSTAMO		
AAA000451		AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA
		2022	5	6	2022	5	6
PLAZO		FORMA DE PAGO	VALOR		FECHA DE PAGO		
48 MESES		MENSUAL	\$ 456.934		AÑO	MES	DÍA
					2026	5	15
MONTO DEL PRÉSTAMO		FECHA ULTIMA AMORTIZACIÓN			TOTAL PAGADO	INVERSIÓN DEL CRÉDITO	
15.000.000		AÑO	MES	DÍA	\$ 3.662.320	LIBRE INVERSION	
SALDO QUE SE RECLAMA ➔					\$	11.337.680	

**TOTAL A RECLAMAR POR VIDA
DEUDORES Y VIDA APORTACIONES** ➔

\$ 11.337.680

CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORES SON LOS MISMOS QUE EXISTEN EN LOS REGISTROS DE LA ENTIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO Y QUE NO TENEMOS NINGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA ALTERAR DE NINGUNA MANERA LA INFORMACIÓN AQUÍ REGISTRADA, LO

FIRMA Y SELLO REVISOR FISCAL / CONTADOR

FIRMA Y SELLO GERENTE

Bogotá, 16 de noviembre de 2023

Señores
COOP.INTEGRAL EE.EMPRESAS REG.ZIPAQUIRA
E-mail: COOPEDEREZ@YAHOO.COM
Zipaquira

Referencia: Siniestro Nro. 10284639 Caso 179737
Póliza Nro. AA000451 BOGOTA CALLE 100 VIDA GRUPO
Asegurado: RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d)
Tomador: COOP.INTEGRAL EE.EMPRESAS REG.ZIPAQUIRA

Respetados señores, cordial saludo:

Con base en la documentación allegada, para el estudio de la indemnización que afectó la póliza citada en la referencia, La Equidad Seguros de Vida O.C., de manera respetuosa, le informa que Objeta su reclamación y se abstiene de reconocer favorablemente su solicitud de manera completa, declarándose exonerada legalmente de toda responsabilidad por la reclamación presentada como ocasión del fallecimiento de la señora RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d), por las siguientes razones:

Esta aseguradora expidió renovación de la póliza de la referencia, para la vigencia comprendida entre el 11 de diciembre de 2022 y el 11 de diciembre de 2023, amparando contra los riesgos descritos en la carátula de la póliza.

Con fundamento en la póliza referenciada fue presentado a esta aseguradora aviso de reclamación como consecuencia del fallecimiento de la señora RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d), acaecido el 28 de agosto de 2023.

Conforme a soportes contables aportados se presenta reclamación por concepto de saldo de créditos por la suma de \$11.337680

De acuerdo con lo establecido en las condiciones de la póliza establece:

El objetivo de este seguro es garantizar el pago del saldo de la deuda a favor del tomador amparado, en caso de muerte o invalidez del asegurado deudor. para los efectos de la presente póliza se consideran deudores las personas naturales que hubieren sido aceptadas como deudores por el tomador y que a tiempo de entrar en vigor este seguro o al efectuar una nueva operación de préstamo reúna los requisitos de asegurabilidad.

Así mismo también se indica: Extra- prima automática: La Equidad seguros acepta que en los casos donde los solicitantes con edad no superior a los 60 años manifiesten padecer alguna y solo una de las siguientes enfermedades, la entidad tomadora aplicará automáticamente una extra - prima.... en caso de que el solicitante manifieste tener más de una enfermedad, supere la edad antes indicada y/o el valor asegurado; \$20.000.000 no opera la extra - prima automática y en consecuencia para su ingreso será necesaria la aprobación previa por parte de la equidad seguros para lo cual el asegurado deberá aportar las pruebas médicas que la entidad aseguradora establezca.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

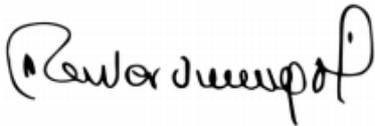
Teniendo en cuenta lo anterior y una vez revisados los registros de solicitudes de ingresos, no se evidencia que la entidad tomadora haya remitido solicitud de aprobación a la aseguradora para el ingreso a la póliza de la señora RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d), dado las patologías informadas en la declaración de asegurabilidad para el otorgamiento del crédito.

En consideración a lo expuesto, La Equidad Seguros de Vida O.C. Objeta de manera formal y fundadamente la reclamación, se abstiene de reconocer favorablemente su solicitud y se declara exonerada legalmente de toda responsabilidad por el saldo adeudado reclamado con motivo del fallecimiento del señor RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d) toda vez que no se cumplió con los requisitos de asegurabilidad establecidos.

En los anteriores términos atendemos su reclamación, si tiene alguna inquietud adicional por favor cargarla dando clic en el siguiente enlace [Formulario de Anexos](#) citando el número de caso OnBase y/o número de siniestro y con gusto la resolveremos.

En caso de que surja alguna inquietud adicional sobre su póliza, condiciones generales del seguro contratado, información general o consulta sobre el estado de su siniestro por favor utilizar el formulario de contacto que encuentra en nuestra página web <http://www.laequidadseguros.coop/contacto> citando el número del reclamo y con gusto la resolveremos. Gracias

Cordialmente,



Nubia Patricia Verdugo Martín
Coordinadora de Indemnizaciones Vida
Equidad Seguros de Vida O.C.
Elabora: motalora

Bogotá D.C. 17 de junio de 2024

Señora
Claudia Milena Muñoz Rodríguez
Email: munozclaudia466@gmail.com
Ciudad

Referencia: Objeción
Reclamación: 201526-10300131
Póliza Vida Grupo Deudores: AA000451 Bogotá
Fallecido: Nohemy Rodríguez (q.e.p.d.) C.C. 41437299
Tomador: Coopederez

Respetada señora Claudia Milena:

Con base en la documentación presentada, para el estudio de la reclamación que pretende afectar la póliza citada en la referencia, La Equidad Seguros de Vida O.C., de manera respetuosa, le informa que ratifica la objeción de la reclamación y se abstiene de reconocer favorablemente su solicitud, declarándose exonerada legalmente de toda responsabilidad por la reclamación presentada con motivo del fallecimiento de la señora Claudia Milena Muñoz Rodríguez, por las siguientes razones:

Esta aseguradora expidió la póliza citada en la referencia para la vigencia comprendida entre el 11 de diciembre de 2022 y el 11 de diciembre de 2023, contratando los amparos descritos en la caratula de la póliza.

Fue presentado a esta aseguradora aviso de reclamación como consecuencia del fallecimiento de la señora Claudia Milena Muñoz Rodríguez, ocurrido el 28 de agosto de 2023.

De acuerdo con el estado de cuenta presentado por la entidad Coopederez, el 6 de mayo de 2022 fue desembolsado un crédito a favor de la señora Nohemy Rodríguez (q.e.p.d.), del cual fue reclamado un saldo adeudado de \$11.337.680.

De acuerdo con lo establecido en las condiciones de la póliza establece:

El objetivo de este seguro es garantizar el pago del saldo de la deuda a favor del tomador amparado, en caso de muerte o invalidez del asegurado deudor. para los efectos de la presente póliza se consideran deudores las personas naturales que hubieren sido aceptadas como deudores por el tomador y que a tiempo de entrar en vigor este seguro o al efectuar una nueva operación de préstamo reúna los requisitos de asegurabilidad.

Así mismo también se indica: Extra- prima automática: La Equidad seguros acepta que en los casos donde los solicitantes con edad no superior a los 60 años manifiesten padecer alguna y solo una de las siguientes enfermedades, la entidad tomadora aplicará automáticamente una extra – prima.... en caso de que el solicitante manifieste tener más de una enfermedad, supere la edad antes indicada y/o el valor asegurado: \$20.000.000 no opera la extra - prima automática y en consecuencia para su ingreso será necesaria la aprobación previa por parte de la equidad seguros para lo cual el asegurado deberá aportar las pruebas médicas que la entidad aseguradora establezca.

Teniendo en cuenta lo anterior y una vez revisados los registros de solicitudes de ingresos, no se evidencia que la entidad tomadora haya remitido solicitud de aprobación a la aseguradora para el ingreso a la póliza de la señora RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d.), dado las patologías informadas en la declaración de asegurabilidad para el otorgamiento del crédito.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

En consideración a lo expuesto, La Equidad Seguros de Vida O.C. Objeta de manera formal y fundadamente la reclamación, se abstiene de reconocer favorablemente su solicitud y se declara exonerada legalmente de toda responsabilidad por el saldo adeudado reclamado con motivo del fallecimiento del señor RODRIGUEZ NOHEMY (q.e.p.d.) toda vez que no se cumplió con los requisitos de asegurabilidad establecidos.

En los anteriores términos atendemos su reclamación, si tiene alguna inquietud adicional por favor cargarla dando clic en el siguiente enlace Formulario de Anexos citando el número de caso OnBase y/o número de siniestro y con gusto la resolveremos.

En caso de que surja alguna inquietud adicional sobre su póliza, condiciones generales del seguro contratado, información general o consulta sobre el estado de su siniestro por favor utilizar el formulario de contacto que encuentra en nuestra página web <http://www.laequidadseguros.coop/contacto> citando el número del reclamo y con gusto la resolveremos.

Cordialmente,



Nubia Patricia Verdugo Martín
Coordinadora de Indemnizaciones Vida

Elaboró: Jesner Echeverri

Zipaquirá, 30 de abril de 2024

Señora

CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRIGUEZ

@: munozclaudia466@gmail.com

E. S. C.

Asunto: Reiteración comunicación de fecha 15 de febrero de 2024.

Cordial saludo,

Respetada señora MUÑOZ RODRIGUEZ, por medio de la presente me permito dirigirme a usted con el fin de comunicarle la reiteración a la comunicación de fecha 15 de febrero de 2024, en la cual COOPEDEREZ, le comunicó:

1. Que la asociada NOHEMY RODRIGUEZ (Q.E.P.D), identificada con C.C. No. 41437299, solicitó un crédito por valor de \$15.000.000.00 M/Cte., el día 6 de mayo de 2022, para lo cual y de acuerdo con el reglamento del crédito y estatutos de la Cooperativa, firmó un pagaré por dicho valor.
2. Que de acuerdo con el certificado de defunción, La asociada NOMEHY RODRIGUEZ (Q.E.P.D), falleció el día 28 de agosto de 2023.
3. Que el día 26 de septiembre de 2023, COOPEDEREZ hace la respectiva reclamación por dicho siniestro ante LA EQUIDAD SEGUROS OC. Para lo cual COOPEDEREZ anexa los siguientes documentos:
 - a. Fotocopia de Cedula de ciudadanía.
 - b. Certificado de defunción.
 - c. Historia Clínica.
 - d. Estado de cuenta del asociado.
 - e. Declaración de asegurabilidad.
4. Que el 16 de Noviembre de 2023, LA EQUIDAD SEGUROS OC da contestación a la solicitud del siniestro, negando el pago de la deuda por las siguientes causas:
 - a. En la declaración de asegurabilidad diligenciada con el puño y letra de la asociada NOHEMY RODRIGUEZ (Q.E.P.D), ella manifiesta tener INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EPOC ENFERMADAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA., lo cual es corroborado con su historia clínica.



b. Según la Póliza No AAA00451 contratada con LA EQUIDAD SEGUROS, estas preexistencias no son cubiertas por la misma.

Que COOPEDEREZ realizó la debida gestión en busca del reconocimiento del pago del siniestro en diferentes oportunidades por medio escrito y verbal, sin embargo, no fue posible tener una respuesta positiva.

5. Que teniendo en cuenta el no reconocimiento del pago de la deuda por parte de LA EQUIDAD SEGUROS, COOPEDEREZ hace uso de lo pactado en el pagaré No. 7666, en su clausula SEPTIMA dónde reza lo siguiente: "*Que expresamente faculto (amos) al ACREEDOR para compensar los saldos pendientes por pagar a mi (nuestro) cargo con los dineros que tenga (amos) en aportes, o cuentas a nuestro favor, que sea (mos) titular (es) en dicha entidad ya sea en forma individual y/o en forma alternativa con otra u otras personas naturales o jurídicas*".
6. Que al momento de su fallecimiento, La asociada. NOMEHY RODRIGUEZ (Q.E.P.D) presentaba el siguiente estado de cuenta:

CREDITO LIBRE INVERSION (ORDINARIO No 7666)	\$11.337.680
APORTES ORDINARIOS	\$14.722.486
INTERESES A LA FECHA POR PAGAR	\$79.738

Así las cosas, COOPEDEREZ hace uso de lo pactado en la cláusula SEPTIMA del pagaré No. 7666 de fecha 6 de mayo de 2022, quedando un saldo a su favor por valor de **\$3.305.068.00 M/Cte.**, el cual se encuentra a su plena disposición en la tesorería de la Cooperativa.

En razón a lo anterior, COOPEDEREZ se permite requerirla para que allegue en el menor tiempo posible, la siguiente documentación:

- Copia autentica de documento que acredite el vínculo con la fallecida (registro civil de nacimiento).
- Declaración juramentada de la heredera interesada en la cual indique que no se ha nombrado administrador de los bienes del difunto.
- Copia cedula de ciudadanía de la heredera.
- Certificación bancaria actualizada.



Finalmente, por medio de la presente comunicación COOPEDEREZ, se permite reiterarle el oficio de fecha 15 de febrero de 2024, y requerirla para que allegue la documentación arriba referida, en aras de iniciar el trámite de devolución de aportes solicitado por usted el pasado 17 de octubre de 2023.

Cordialmente,



JUAN CAMILO LEE ROCHA
Asesor Jurídico
COOPEDEREZ





ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LA NOTARIA SETENTA Y UNA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

NOTARIA 71 19 SEP 2023 NOTARIA 71

Certifico que la presente fotocopia coincide con el original que reposa en esta Notaría.

JANETH PATRICIA RODRIGUEZ AYALA ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2-DECRETO 2189 DE 1993

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial

11037271

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	DUC
-------------------	---------------	---	-----------	---------------	------------------	--------	-----

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 71 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ NOHEMY * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Sexo (en Letras)

CC No. 41437299 * * * * * FEMENINO * * * * *

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *

Fecha de la defunción

Hora

Número de certificado de defunción

Año 2023 Mes AGO Día 28 17:40 23084220350361 * * * * *

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

JERLY STEFANNIA RODRIGUEZ GUEVARA - MEDICO * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ PEREZ ANDRES * * * * *

Documentos de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 91298882 * * * * *

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

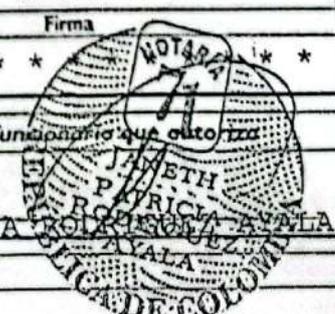
* * * * *

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2023 Mes AGO Día 30

JANETH PATRICIA RODRIGUEZ AYALA



ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA CIVIL CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES PARA SER FIRMADO POR EL NOTARIO

0705839

IDENTIFICACION No.

740301 02499

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO DE NACIMIENTO

REGISTRO CIVIL

SERVICIO NACIONAL DE INSCRIPCION

ANE

OFICINA DE REGISTRO CIVIL NOTARIA, REGISTRADURIA MUNICIPAL, ALCALDIA, CORREGIDURIA, ETC. MUNICIPIO *Bogotá* CODIGO

SCRITO PRIMER APELLIDO *Muñoz* SEGUNDO APELLIDO *Rodriguez* NOMBRES *Claudia Milena*

SEXO *Femenino* MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO DIA *1* MES *Marzo* CODIGO AÑO *1979*

PAIS *Colombia* CODIGO DEPARTAMENTO *Cundinamarca* CODIGO MUNICIPIO *Bogotá*

SECCION ESPECIFICA CLINICA, HOSPITAL, DIRECCION DE LA CASA, VEREDA, CORREGIMIENTO, DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO HORA *11 P.M.*

DATOS DEL NACIMIENTO CLASE DE CERTIFICACION PRESENTADA (MEDICA, ACTA PARROQUIAL, ETC.) *Certificado Médico* NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICO EL NACIMIENTO *Jaime A. Fernandez* NO. DE LICENCIA *280*

APPELLIDOS *Rodriguez* NOMBRES *Nohemi* EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) *25*

MADRE IDENTIFICACION *C.C. # 41.437.299 de Bogotá* NACIONALIDAD *Colombiana* PROFESION U OFICIO *Empleada* CODIGO

APPELLIDOS *Muñoz* NOMBRES *Hector Manuel* EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) *26*

MADRE IDENTIFICACION *C.C. 17.172.923 de Bogotá* NACIONALIDAD *Colombiano* PROFESION U OFICIO *Empleado* CODIGO

DENUNCIANTE IDENTIFICACION *C.C. # 17.172.923 de Bogotá* FIRMA *Hector Muñoz*

DIRECCION POSTAL *Calle 68 B. # 81-11* NOMBRE *Hector Muñoz*

TESTIGO IDENTIFICACION FIRMA

DOMICILIO (MUNICIPIO) NOMBRE

TESTIGO IDENTIFICACION FIRMA

DOMICILIO (MUNICIPIO) NOMBRE

FECHA DE INSCRIPCION DIA *19* MES *Marzo* AÑO *1979* FIRMA *Manuel J. ...*

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

NOTARIA DOCE del Circuito de Bogotá
ESPACIO EN BLANCO

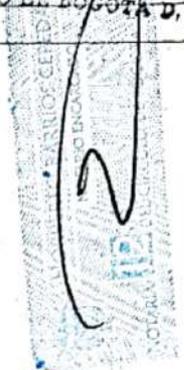
RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

Para efecto del artículo segundo (2o.) de la Ley 45 de 1936. Reconozco al niño a que se refiere esta Acta como mi hijo natural en cuya constancia firmo:

[Handwritten signature]
FIRMA DEL PADRE QUE HACE EL RECONOCIMIENTO

[Handwritten signature]
FIRMA DEL NOTARIO ANTE QUIEN SE HACE EL RECONOCIMIENTO
NOTARIA DOCE DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.

NOTAS: 12.6 SET. 1979



Libertad y Orden

EL NOTARIO DOCE (12) ENCARGADO DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DE ESTA NOTARÍA. ES COPIA AUTENTICA Y SE EXPIDE A PETICION DE: Claudia Milena Muñoz. C.r. 52.562.113

SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO.

DADA EN BOGOTÁ D.C., HOY SEPTIEMBRE DIECINUEVE (19) DE 2023

[Handwritten signature]
NOBERTO BARRIOS CEPEDA
NOTARIO DOCE (12) ENCARGADO DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

52.562.113

NUMERO

MUÑOZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

CLAUDIA MILENA

NOMBRES

Claudia Muñoz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

01-MAR-1974

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

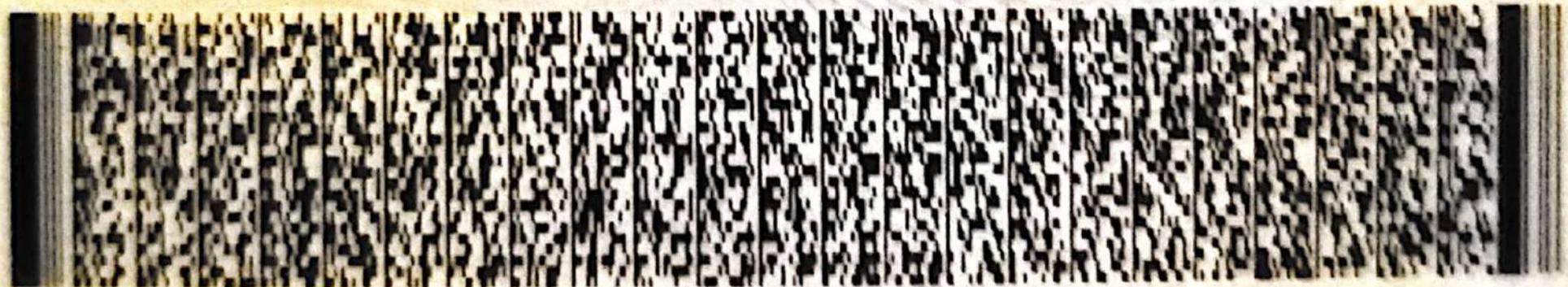
F

SEXO

10-ABR-1992 ENGATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500110-45135273-F-0052562113-20050919

03324052590 02 180338421

DECLARACIÓN EXTRAJUICIO No 4614

RENDIDA EL 12 DE AGOSTO DE 2024 ANTE LA NOTARIA SESENTA Y SIETE (67) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ CONFORME AL DECRETO 1557 DE 1.989 Y AL ARTÍCULO 188 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO PARA FINES JUDICIALES O NO JUDICIALES

COMPARECÍO: La señora **CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRIGUEZ** mayor de edad, identificada con C.C. 52562113 expedida en **ENGATIVA** de estado civil **casada con sociedad conyugal vigente** residente y domiciliada en la **CR 116 77 B 42 CA 225**, con número de contacto **312 549 559 95**, de ocupación **INDEPENDIENTE**, de nacionalidad **Colombiana**.

OBJETO DE LA DECLARACIÓN: Servir como prueba para ser presentada ante: **QUIEN INTERESE**.

JURAMENTO: Bajo juramento, con los alcances que otorga la Ley a este tipo de declaraciones y a sabiendas de las implicaciones que acarrea jurar en falso, ofrezco decir la verdad en lo que expondré a continuación:

NATURALEZA DE LA DECLARACION: Declaro bajo la gravedad el juramento que soy hija de mi madre la señora **NOHEMY RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía número **41.437.299** expedida en Bogotá D.C., fallecida el día **28 DE AGOSTO DE 2023**, quien al momento de su fallecimiento era de estado civil soltera sin unión marital de hecho, Así mismo manifiesto que mi madre no tuvo más hijos matrimoniales, extramatrimoniales ni adoptivos, aparte de mi. De igual forma declaro que no conozco otras personas con igual o mejor derecho como el que nos corresponde en calidad de hija para reclamar los derechos dejados por la fallecida, no es de mi conocimiento que exista testamento alguno, ni albacea nombrado o administrador de herencia.

LECTURA, OTORGAMIENTO Y AUTORIZACION DEL ACTA: La declarante leyó y revisó cuidadosamente la totalidad de su exposición, la aprobó y la firmó en señal de aceptación.

Cualquier cambio que desee hacerle al texto de la declaración después de autorizada, **IMPLICARA LA ELABORACION DE UNA NUEVA DECLARACION**, que causará nuevos derechos notariales e impuestos.

DERECHOS NOTARIALES: Resolución 00773 de 2024 TARIFA: 18.000 IVA 3.420 TOTAL: 21.420

LA DECLARANTE


CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRIGUEZ
C.C. 52562113 ENGATIVA



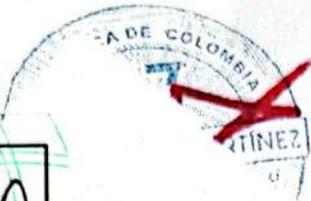


VICTOR ALFONSO MUÑOZ MARTINEZ
NOTARIO SESENTA Y SIETE (67) (E) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ
NOTARIO ENCARGADO SEGUN RESOLUCION 08169 DE 31 DE JULIO DE 2024 DE LA SNR

IVONNE ALEXANDRA GUARIN BUITRAGO

Notaría 67 de Bogotá // Alain Dupont Jaramillo

Notaría 67 de Bogotá // Alain Dupont Jaramillo



NOTARÍA 67

Círculo de Bogotá D.C.

DECLARACIÓN EXTRAJUICIO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Ante mí VICTOR ALFONSO MUÑOZ MARTINEZ NOTARIO 67
(E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. compareció:

MUÑOZ RODRIGUEZ CLAUDIA MILENA

Identificado(a) con C.C. 52562113
y declaró que reconoce el contenido del
presente documento por ser cierto y que la
firma puesta en él es suya. El compareciente
solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos
personales al ser verificada su identidad
cotejando sus huellas digitales y datos
biográficos contra la base de datos de la
Registraduría Nacional del Estado Civil.
Ingrese a www.notariaenlinea.com para
verificar este documento.

4614



Cod. Verificación
pm1e



Bogotá D.C., 2024-08-12 12:18:39

Claudia Milena Muñoz Rodríguez
FIRMA

Victor Alfonso Muñoz Martínez

VICTOR ALFONSO MUÑOZ MARTINEZ
NOTARIO 67 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.



[Handwritten signature in red ink]

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA Y SE IDENTIFICA CON LA SIGLA COOPEDEREZ
Sigla: COOPEDEREZ
Nit: 860.023.320-1
Domicilio principal: Zipaquirá (Cundinamarca)

INSCRIPCIÓN

Inscripción No. S0002329
Fecha de Inscripción: 28 de febrero de 1997
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 14 de marzo de 2024
Grupo NIIF: Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Calle 4 N 9 42 Ofic 202
Municipio: Zipaquirá (Cundinamarca)
Correo electrónico: coopederez@yahoo.com
Teléfono comercial 1: 8522255
Teléfono comercial 2: 3112374396
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Calle 4 N 9 42 Ofic 202
Municipio: Zipaquirá (Cundinamarca)
Correo electrónico de notificación: coopederez@yahoo.com
Teléfono para notificación 1: 8522255
Teléfono para notificación 2: 3112374396
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La Entidad NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Que por certificación del 5 de febrero de 1997 , otorgado(a) en dancoop , inscrita en esta cámara de comercio el 27 de febrero de 1997 bajo el numero: 00002543 del libro i de las entidades sin ánimo de lucro, fue inscrita la entidad denominada: COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA LTDA

Certifica:

Que por Acta No. 0000048 del 22 de marzo de 2000 , otorgado(a) en asamblea de delegados , inscrita en esta cámara de comercio el 3 de mayo de 2000 bajo el numero: 00030085 del libro i de las entidades sin ánimo de lucro, la entidad cambio su nombre de : COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA LTDA por el de : COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA LTDA identificada con la sigla COOPEDEREZ LTDA

Certifica:

Que por Acta No. 0000053 del 29 de mayo de 2004 , otorgado(a) en asamblea de asociados , inscrita en esta cámara de comercio el 30 de julio de 2004 bajo el numero: 00075416 del libro I de las entidades sin ánimo de lucro, la entidad cambio su nombre de : COOPERATIVA DE APORTES Y CRÉDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA LTDA identificada con la sigla COOPEDEREZ LTDA por el de : COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA y se identifica con la sigla COOPEDEREZ

Que dicha entidad obtuvo su personería jurídica número : 1373 el 12 de julio de 1963, otorgada por: DANCOOP DPTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE COOPERATIVAS

ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Entidad que ejerce la función de inspección, vigilancia y control:
DANCOOP DPTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE COOPERATIVAS

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La Entidad no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

COOPEDEREZ, tendrá por objeto contribuir al mejoramiento social económico y cultural de sus asociados y de la comunidad en que actúa mediante la aplicación y practica de los principios del cooperativismo, fomentado la solidaridad ayuda mutua y el esfuerzo propio. Actividades: Para cumplir con el objeto general "COOPEDEREZ" podrá adelantar las siguientes actividades: A) Captar entre sus asociados los aportes sociales en forma periódica y de acuerdo con planes y reglamentos aprobados por el consejo de administración, acorde con la ley y los presentes estatutos. B) Otorgar servicios de créditos a sus asociados para fines productivos, de mejoramiento personal y familiar; con las garantías legales suficientes a corto, mediano y largo plazo, respaldadas con garantías según reglamento aprobado por el consejo de administración acorde con la ley y los presentes estatutos. C) Realizar con sus asociados cuales quiera otra operación que implique el aprovechamiento de inversión de los recursos captados, siempre que contribuya al cumplimiento del objeto social y no contravenga las leyes vigentes, ni los principios cooperativos. D) proyectar y ejecutar programas para satisfacer las necesidades de vivienda de los asociados. E) Prestar servicios de recreación y turismo a los asociados y a la comunidad. F) Propiciar una mejor capacitación cooperativa, laboral, técnica, cultural y social a sus asociados. G) Canalizar e intermediar recursos externos de fomento de entidades nacionales e internacionales para contribuir a la financiación de proyectos productivos en marcha o etapa de arranque en que estén comprometidos los asociados. H) Servir de intermediaria con entidades de crédito y realizar cualquier otra operación complementaria a las anteriores, dentro de las leyes vigentes y los principios cooperativos. I) Organizar directamente o a través de convenios acuerdos o asociados con otras entidades a la producción o distribución de bienes o servicios para la generación de empleo y mejoramiento socioeconómico de los asociados. J) Ejercer las demás actividades que de acuerdo con la ley la técnica y los principios cooperativos sean propias de las cooperativas de aportes y crédito.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

PATRIMONIO

\$ 2.245.618.583,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

El gerente general es el representante legal de "COOPEDEREZ". Y el principal ejecutor de las decisiones de la asamblea y del consejo de administración. El gerente tendrá un suplente y reemplazará al Gerente titular en sus ausencias temporales o definitivas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

A) Proponer los programas de desarrollo de "COOPEDEREZ" y preparar los proyectos de presupuestos que serán sometidos al consejo de administración. B) Comunicar periódicamente al consejo acerca del desarrollo de las actividades de la cooperativa, procurar que los asociados reciban información oportuna sobre los servicios y demás asuntos de su interés y preparar el informe anual que la administración presenta a la asamblea. C) Dirigir y supervisar la prestación de los servicios y el desarrollo de los programas, cuidar que todas las operaciones se ejecuten debida y oportunamente y velar porque los bienes y los valores se hallen adecuadamente protegidos. D) Ordenar los gastos ordinarios y extraordinarios de acuerdo con el presupuesto y las facultades especiales. E) Dirigir las relaciones públicas de la cooperativa y propiciar la comunicación permanente entre el consejo de administración, junta de vigilancia, comités y asociados, mediante mecanismos ágiles y eficientes. F) Firmar conjuntamente con el tesorero cheques, títulos, pagares, libranzas y demás documentos relacionados con la actividad económica de la cooperativa. G) Recibir y entregar dinero en mutuo comercial y celebrar los contratos autorizados por la asamblea y el consejo de administración. H) Estudiar todas las solicitudes de crédito que presenten los asociados, aprobando aquellas que sean de su competencia y de acuerdo a los criterios establecidos para su otorgamiento y evaluación. I) Establecer control interno sobre la evaluación de cartera, supervisar que se cumplan las normas e informar al consejo de administración el resultado de la evaluación. J) Nombrar y remover a los empleados de la cooperativa de acuerdo con

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

la planta de personal que establezca el consejo de administración. Velar por una adecuada política de relaciones humanas y por el cumplimiento de las disposiciones que regulen las relaciones de trabajo. K) Ejercer por sí mismo o por medio de apoderado la representación judicial de la cooperativa l) Decidir sobre el ejercicio de acciones judiciales transigir cualquier litigio que tenga la cooperativa y someterlo a la conciliación respectiva. M) Todas las demás funciones que le corresponden como representante legal y ejecutivo como superior de la cooperativa. N) Aplicar multas hasta de un día de salario mínimo legal vigente, a cada uno de los asociados o delegados que sin justa causa no asistan a las asambleas, con destino al fondo de solidaridad Ñ) Participar en las reuniones de los diferentes comités establecidos por el Consejo de Administración.

NOMBRAMIENTOS**REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 0000004 del 9 de junio de 2004, de Consejo de Administración, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2004 con el No. 00075828 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Pedro Alfonso Chiquiza Valbuena	C.C. No. 11333500

Por Acta No. 03 del 13 de junio de 2024, de Consejo de Administración, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de julio de 2024 con el No. 00054590 del Libro III de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Gerente	Del Nathalie Andrea Lindo Caicedo	C.C. No. 1093215572

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

Por Acta No. 75 del 9 de marzo de 2024, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de junio de 2024 con el No. 00054460 del Libro III de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Consejo De Administracion	Jose Rafael Gutierrez Guzman	C.C. No. 5921026
Miembro Consejo De Administracion	Anibal Paez Zambrano	C.C. No. 11333863
Miembro Consejo De Administracion	Luz Angela Cortes Penagos	C.C. No. 28576591
Miembro Consejo De Administracion	Gloria Martinez Lozano	C.C. No. 28477341
Miembro Consejo De Administracion	Victor Manuel Garcia Forero	C.C. No. 2986151

SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Suplente Junta Directiva	SIN IDENTIFICACION	*****
Miembro Suplente Junta Directiva	SIN IDENTIFICACION	*****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGALFecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 73 del 12 de marzo de 2022, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de mayo de 2022 con el No. 00047459 del Libro III de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Carlos Humberto Rincon Navarro	C.C. No. 80541068 T.P. No. 112722-T

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Wendi Loranny Garzon Teatin	C.C. No. 1075676240 T.P. No. 262716-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la Entidad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Acta No. 0000048 del 22 de marzo de 2000 de la Asamblea de Delegados	00030085 del 3 de mayo de 2000 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 0000051 del 15 de febrero de 2003 de la Asamblea de Asociados	00058024 del 20 de marzo de 2003 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 0000053 del 29 de mayo de 2004 de la Asamblea de Asociados	00075416 del 30 de julio de 2004 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 64 del 15 de febrero de 2014 de la Asamblea General	00015490 del 10 de abril de 2014 del Libro III de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 72 del 11 de diciembre de 2021 de la Asamblea General	00046165 del 23 de febrero de 2022 del Libro III de las entidades sin ánimo de lucro

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6492

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Microempresa

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 379.325.065

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6492

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

El suscrito secretario de la Cámara de Comercio de Bogotá, en el ejercicio de la facultad conferida por los artículos 43 y 144 del Decreto número 2150 de 1995.

Que en esta Cámara de Comercio no aparecen inscripciones posteriores de documentos referentes a reforma, disolución, liquidación o nombramientos de representantes legales de la mencionada entidad.

El registro ante las Cámaras de Comercio no constituye aprobación de estatutos. (Decreto 2150 de 1995 y Decreto 427 de 1996).

La persona jurídica de que trata este certificado se encuentra sujeta a la inspección, vigilancia y control de las autoridades que ejercen esta función, por lo tanto deberá presentar ante la autoridad correspondiente, el certificado de registro respectivo, expedido por la Cámara de Comercio, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, más el término de la distancia cuando el domicilio de la persona jurídica sin ánimo de lucro que se registra es diferente al de la Cámara de Comercio que le corresponde. En el caso de reformas estatutarias además se allegara copia de los estatutos.

Toda autorización, permiso, licencia o reconocimiento de carácter oficial, se tramitará con posterioridad a la inscripción de las personas jurídicas sin ánimo de lucro en la respectiva Cámara de Comercio.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la entidad sin ánimo de lucro, a la fecha y hora de su expedición.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de agosto de 2024 Hora: 12:20:09
Recibo No. 0124083592
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 124083592D761C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.


CONSTANZA PUENTES TRUJILLO



Certificado Generado con el Pin No: 7405687271821031

Generado el 23 de agosto de 2024 a las 11:53:28

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN
EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA "LA EQUIDAD GENERALES"

NIT: 860028415-5

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Cooperativa De Seguros. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 2948 del 24 de junio de 1970 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). bajo la denominación SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO, quien podrá usar la denominación LA EQUIDAD

Escritura Pública No 0612 del 15 de junio de 1999 de la Notaría 17 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su denominación social por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD"

Escritura Pública No 0991 del 01 de agosto de 2000 de la Notaría 17 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su denominación social por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD GENERALES"

Escritura Pública No 505 del 09 de julio de 2002 de la Notaría 17 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su denominación social por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación alternativa "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES"

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 5588 del 01 de diciembre de 1987

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo es el representante legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, ejecutor de las decisiones de la Asamblea General y de la Junta de Directores y superior de todos los funcionarios. Será nombrado por la Junta de Directores por término indefinido y atendiendo lo establecido en el artículo 1° del presente estatuto, sin perjuicio de poder ser removido libremente en cualquier tiempo por dicho organismo. En sus ausencias temporales o accidentales, el Presidente Ejecutivo delegará sus funciones en uno de los suplentes designados por la Junta de Directores. Son funciones de la Junta de Directores autorizar al Presidente Ejecutivo para contraer obligaciones, adquirir, enajenar o gravar bienes y derechos de conformidad con este estatuto y los acuerdos de la asamblea general y fijar la cuantía de contratación cuando no verse sobre el giro ordinario de las operaciones, también autorizar la representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES a los vicepresidentes, gerentes de área y gerentes de sucursales previa solicitud del Presidente Ejecutivo y de conformidad con las normas establecidas por los organismos de vigilancia y control (Escritura Pública 1167 del 05 de julio de 2005 Notaría 17 de Bogotá D.C.)
FUNCIONES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO: Son funciones del Presidente Ejecutivo: 1) Estudiar y preparar las bases de la política de Seguros de la Equidad Seguros Generales la cual debe presentar a la Junta de Directores para su aprobación. 2) Someter a estudio y aprobación de la Junta de Directores el proyecto de



Certificado Generado con el Pin No: 7405687271821031

Generado el 23 de agosto de 2024 a las 11:53:28

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

presupuesto. 3) Nombrar y remover a los funcionarios de la Equidad Seguros Generales de acuerdo con la planta de personal que establezca la Junta de Directores. 4) Hacer cumplir el reglamento interno de trabajo. 5) Rendir mensualmente a la Junta de Directores un informe sobre las actividades de la Equidad Seguros Generales. 6) Preparar el informe anual que la administración debe presentar a la asamblea y someterlo a consideración de la Junta de Directores. 7) Dirigir y supervigilar la prestación de los servicios, cuidar que todas las operaciones se realicen oportunamente y que los bienes valores y enseres estén debidamente salvaguardados. 8) Ordenar los gastos dentro del presupuesto y los extraordinarios según facultades. 9) Dirigir las relaciones públicas y encargarse de una adecuada política de relaciones humanas. 10) Ejercer por si mismo o por medio de apoderado, la representación judicial y extrajudicial de la Equidad Seguros Generales. 11) Celebar las operaciones, contratos y convenios que versen sobre el giro ordinario de la actividad de la Equidad Seguros Generales y las que autorice la Junta de Directores. 12) Todas las demás funciones que le corresponden como Presidente Ejecutivo y representante legal de la Equidad Seguros Generales Parágrafo: Las funciones del Presidente Ejecutivo que hacen relación a la ejecución de las actividades de La Equidad Seguros Generales las desempeñará este por si o mediante delegación en los funcionarios y demás empleados de la misma (Escritura Pública 2238 del 21 de octubre de 2008 Notaria 15 de Bogotá).

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Néstor Raúl Hernández Ospina Fecha de inicio del cargo: 23/07/2019	CC - 94311640	Presidente Ejecutivo
Carlos Eduardo Espinosa Covelli Fecha de inicio del cargo: 22/12/2016	CC - 79242457	Representante Legal Suplente - (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2018029235-00 del día 5 de marzo de 2018, la entidad informa que con documento del 11 de enero de 2018 renunció al cargo de Representante Legal Suplente fue aceptada por la Junta Directiva en acta 679 del 19 de enero de 2018. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Ricardo Saldarriaga González Fecha de inicio del cargo: 15/03/2018	CC - 71766825	Representante Legal Suplente
Álvaro Martín Reyes García Fecha de inicio del cargo: 21/07/2022	CC - 79778398	Representante Legal Suplente
Javier Ramírez Garzón Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 79373996	Representante Legal Suplente
Luis José Silgado Acosta Fecha de inicio del cargo: 21/07/2022	CC - 79777524	Representante Legal Suplente



Certificado Generado con el Pin No: 7405687271821031

Generado el 23 de agosto de 2024 a las 11:53:28

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Antonio Bernardo Venanzi Hernandez Fecha de inicio del cargo: 06/08/2014	CC - 79464049	Representante Legal Suplente (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020032415-000 del día 28 de febrero de 2020, que con documento del 17 de enero de 2020 renunció al cargo de Representante Legal Suplente y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta No. 707 del 17 de enero de 2020. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Cumplimiento, Incendio, Lucro cesante, Manejo, Montaje y rotura de maquinaria, Responsabilidad civil, Sustracción, Terremoto, Transporte, Vidrios, Accidentes personales, Colectivo vida, Vida grupo, Salud, Educativo, Estabilidad y Calidad de la Vivienda Nueva y Usada, Cooperativo de vida

Resolución S.B. No 5019 del 09 de diciembre de 1992 Todo riesgo contratista

Resolución S.B. No 5020 del 09 de diciembre de 1992 Crédito comercial

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 se elimina el ramo denominado SECAL "Seguro de Estabilidad y Calidad de la Vivienda Nueva y Usada".

Resolución S.F.C. No 1712 del 26 de agosto de 2010 Revocar la autorización concedida a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO para operar el ramo de seguro educativo

Resolución S.F.C. No 1423 del 24 de agosto de 2011 revocar la autorización concedida a la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, para operar los ramos de seguros Colectivo Vida y Salud

Resolución S.F.C. No 2100 del 21 de noviembre de 2014 la Superintendencia Financiera de Colombia autoriza a La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo para operar el ramo de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT.

NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARÍA GENERAL

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



José garzon <juridica.pension@gmail.com>

CONFIERO PODER AMPLIO Y SUFICIENTE

1 mensaje

claudia muñoz <munozclaudia466@gmail.com>

14 de agosto de 2024, 17:37

Para: "juridica.pension@gmail.com" <juridica.pension@gmail.com>

Señores;

**CENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN DERECHO & FORMACIÓN
TEJIDO HUMANO.
BOGOTÁ D.C. E. S. D.**

Asunto: CONFIERO PODER

CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.562.113 expedida en Engativá, heredera de la causante NOHEMY RODRIGUEZ (q.e.p.d), obrando como convocante a la audiencia de conciliación, comedidamente me dirijo a usted para manifestarle que por medio del presente escrito otorgo poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiere al Doctor JOSÉ KID GARZÓN FLORIANO, mayor de edad, domiciliado y residenciado en este distrito capital, abogado titulado en ejercicio de la profesión, portador de la tarjeta profesional No. 229.684 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico juridica.pension@gmail.com, el cual se encuentra debidamente inscrito en el Registro Nacional de Abogados, para que me represente en la presente diligencia con el fin que se resuelva el conflicto suscitado por el reconocimiento y pago del saldo insoluto del crédito de \$11.337.680, suma de dinero que fue compensada de los aportes de la causante que poseía en la COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO DE TRABAJADORES DE EMPRESAS REGIONALES DE ZIPAQUIRA-COOPEDEREZ, como tomador amparo el valor mediante póliza de vida deudores expedido por LA EQUIDAD SEGUROS.

Mi apoderado queda facultado para ejercer cualquier acción tendiente a proteger mis derechos, y representarme dentro del proceso, a sustituir, acordar, conciliar, recibir, entregar o pactar, igualmente podrán sustituir el poder y renunciar al mismo y en general a ejercer cualquier acción tendiente a proteger y reclamar mis derechos, con el fin de que no se pueda esgrimir falta de poder y/o facultad dentro del proceso y demás facultades inherentes al cumplimiento de su mandato, conforme al artículo 77 del C.G.P. .

El presente poder se otorga en los términos y con las formalidades establecidas en el artículo 5 de la Ley 2213 del 13 de junio 2022 y en consecuencia se aclara que se remite a través del correo electrónico: munozclaudia466@gmail.com, mediante mensaje de datos al correo electrónico del doctor JOSÉ KID GARZÓN FLORIANO juridica.pension@gmail.com, el cual se encuentra debidamente inscrito en el Registro Nacional de Abogados.

Otorgó,

CLAUDIA MILENA MUÑOZ RODRÍGUEZ
C.C. No. 52.562.113 expedida en Engativá.

Acepto,

JOSÉ KID GARZÓN FLORIANO
C.C. No.83.056.640 de Guadalupe Huila T.P. No. 229.684 del C.S. de la J.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.056.640**

GARZON FLORIANO REPUBLICA DE COLOMBIA

APELLIDOS **JOSE KID**

NOMBRES

Jose Floriano Garzon
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-NOV-1968**

GUADALUPE
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-MAR-1987 GUADALUPE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00203589-M-0083056640-20091210 0019120189A 1 1210108641


Consejo Superior de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
JOSE KID

APellidos:
GARZON FLORIANO

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
PEDRO ALONSO SANABRIA BUITRAGO

[Signature]

UNIVERSIDAD
F.U. LOS LIBERTADORES

FECHA DE GRADO
26 abr 2013

CONSEJO SECCIONAL
CUNDINAMARCA

CEDULA
83.056.640

FECHA DE EXPEDICION
21 may 2013

TARJETA N°
229684