

	PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN		Código: FGN-20-F-11
	ACTA DE CONCILIACIÓN		Versión: 01 Página 1 de 4

Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN	Fecha	26/11/2024	Hora:	9:00
--------------	-----------	-----------	----------	-------	------------	-------	------

Código único de la investigación y delito(s):

05	001	60	00248	2022	54192
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

1. DATOS DEL QUERELLANTE/DENUNCIANTE:

Identificación											
Tipo de documento:	C.C.	x	Pas.		C.E.		Otro		No.	1020437136	
Expedido en	País: COLOMBIA		Departamento:			ANTIOQUIA		Municipio: MEDELLIN			
Primer Nombre	JONATHAN				Segundo Nombre		DAVID				
Primer Apellido	TORRES				Segundo Apellido		VIANA				
Fecha de Nacimiento	Día	31	Mes	12	Año	1990	Edad	33	Sexo	MASCULINO	
Estado civil				Nivel Educativo			SECUNDARIA				
Lugar de residencia											
Dirección	CALLE 118 49 B 32				Barrio		SANTA CRUZ				
Municipio				Departamento					Teléfono	3011858101	
Correo Electrónico	Jonathandtv1990@gmail.com										

2. DATOS DEL QUERELLADO/DENUNCIADO:

Identificación											
Tipo de documento:	C.C.		Pas.		C.E.		Otro	TI	No.	71336340	
Expedido en	País: COLOMBIA		Departamento:			ANTIOQUIA		Municipio: MEDELLIN			
Primer Nombre	EDWIN				Segundo Nombre		ALEXANDER				
Primer Apellido	ARIAS				Segundo Apellido		GUTIERREZ				
Fecha de Nacimiento	Día	29	Mes	10	Año	1978	Edad	45	Sexo	MASCULINO	
Lugar de Nacimiento											
País	COLOMBIA		Departamento			ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN		
Alias o apodo				Profesión u ocupación			OPERARIO				
Estado civil	SOLTERO			Nivel Educativo			BACHILLER				
Lugar de residencia											
Dirección	CR 51 A 97 82 INT 179				Barrio		ARANJUEZ				

	PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN	Código: FGN-20-F-11
	ACTA DE CONCILIACIÓN	Versión: 01 Página ² de 4

Municipio		Departamento	Antioquia	Teléfono	3137013511
Correo Electrónico	ALEXANDER.AG@HOTMAIL.ES				

3. DATOS DE LA ABOGADA REPRESENTANTE DE LA VICTIMA

Identificación									
Tiene asignado defensor?	NO	SI	Público:		Privado		LT		TP No 384168
Tipo de documento:	C.C.	X	Pas.		C.E.		Otro	No.	71383880
Expedido en	Departamento:						Municipio:		
Nombres:	ANDRES FELIPE				Apellidos:		RESTREPO CORTAZAR		
Lugar de notificación									
Dirección:	CALLE 49 50 21 OF 2505				Barrio	EDIFICIO DEL CAFE			
					Teléfono	3008637551			
Correo electrónico	LITIGIOS@GARCIAYASOCIADOS.CO								

4. DATOS DE LA ABOGADA REPRESENTANTE DE LA ASEGURADORA SEGUROS LA EQUIDAD Y AL INDICIADO

Identificación									
Tiene asignado defensor?	NO	SI	Público:		Privado		LT		TP No 411669
Tipo de documento:	C.C.	X	Pas.		C.E.		Otro	No.	1032508407
Expedido en	Departamento:						Municipio:		
Nombres:	VALERIA				Apellidos:		GONZALEZ FRANCO		
Lugar de notificación									
Dirección:	AV 6 A BIS 35 N 100 OF. 202				Barrio	CIUDAD DE CALI			
					Teléfono	3125180977			
Correo electrónico	VGONZALEZ@GHA.COM.CO								

5. RELACIÓN SUCINTA DE LOS HECHOS: (JURÍDICAMENTE RELEVANTES):

EL PASADO 21 DE ABRIL DEL AÑO 2022, EL SEÑOR JONATHAN DAVID TORRES VIANA, DENUNCIÓ POR EL DELITO DE LESIONES PERSONALES CULPOSAS, DE LAS CUALES AFIRMA FUE VÍCTIMA, EL DÍA 02 DE ENERO DEL AÑO 2022 A LA 15:34 HORAS, CUANDO FUE IMPACTADO POR EL CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE PLACA YAC-38F, EL SEÑOR EDWIN ALEXANDER ARIAS GUTIERREZ. POR ESTAS LESIONES MEDICINA LEGAL LE ASIGNÓ AL SEÑOR TORRES VIANA UNA INCAPACIDAD MÉDICO LEGAL DEFINITIVA DE CINCUENTA Y CINCO (55) DÍAS. SECUÉLAS MÉDICO LEGALES: DEFORMIDAD FÍSICA QUE AFECTA EL CUERPO DE CARÁCTER PERMANENTE; PERTURBACIÓN FUNCIONAL DE



ÓRGANO SISTEMA DE LA PRENSIÓN A NIVEL DE MANO IZQUIERDA DE CARÁCTER TRANSITORIO; PERTURBACIÓN FUNCIONAL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DE CARÁCTER TRANSITORIO; PERTURBACIÓN FUNCIONAL DE ÓRGANO SISTEMA DE LA LOCOMOCIÓN DE CARÁCTER PERMANENTE; PERTURBACIÓN FUNCIONAL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO DE CARÁCTER PERMANENTE.

6. ESPACIO PARA DESCRIBIR: PRETENSIONES DEL QUERELLANTE, PROPUESTAS Y ACUERDO (CLARO Y EXPRESO).

Se instala la audiencia y se le da la palabra al señor JONATHAN DAVID TORRES VIANA, quien manifiesta que le da la palabra a su representante al doctor ANDRES, quien manifiesta que su pretensión sería \$38.000.000.000 a lo que la doctora VALERIA GONZALEZ, abogada representante de la aseguradora seguros la Equidad, manifiesta que está de acuerdo con esta solicitud \$38.000.000, los cuales serán cancelados en el término de 20 días hábiles a partir de la documentación solicitada. Por lo tanto se termina la diligencia una vez las partes llegaron a un acuerdo. Se deja constancia que la audiencia se realizó de manera virtual por la plataforma GOOGLE MEET y el señor EDWIN ALEXANDER ARIAS GUTIERRE, indiciado, no se conectó para la diligencia..

Cuando queden obligaciones pendientes se dejará consignado en el acta, siendo compromiso de la víctima informar el cumplimiento, de no comparecer se entenderá por cumplido el acuerdo y se archivará, en caso contrario se dará inicio al ejercicio de la acción penal.

Como quiera que las partes han llegado a un acuerdo en forma libre y voluntaria y observando que se ajusta a las normas legales, procede la Fiscalía a Ordenar el archivo de las presentes diligencias penales por CONCILIACION de conformidad con el Artículo _____ (Art. 522 o 37 de la ley 906 de 2004). Se les informa que la presente acta PRESTA MERITO EJECUTIVO Y HACE TRANSITO A COSA JUZGADA de acuerdo a la LEY 640 DE 2.001. **SE ENTREGA COPIA A CADA ASISTENTE, EL ORIGINAL QUEDA EN PODER DEL DESPACHO.**

8. FIRMAS:

JONATHAN DAVID TORRES VIANA Querellante, No. documento identificación	EDWIN ALEXANDER ARIA GUTIERREZ Querellado No. De documento de identificación
 VALERIA GONZALEZ FRANCO ABOGADA REPRESENTANTE ASEGURADORA Y QUERELLADO, No. documento identificación 1032508407	ANDRES FELIPE RESTREPO CORTAZAR Abogado representante del querellante No. De documento de identificación



FISCALÍA
GENERAL DE LA NACIÓN

PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN

ACTA DE CONCILIACIÓN

Código:
FGN-20-F-11

Versión: 01

Página ⁴ de 4

9. DATOS DEL FISCAL:

Nombres y apellidos		CLAUDIA MARIA GOMEZ RAMIREZ	
Dirección:	Carrera 64 c Nro. 67-300 BLOQUE G PISO 2	Oficina:	
Departamento:	ANTIOQUIA	Municipio:	MEDELLIN
Teléfono:	5903108 ext. 41895	Correo electrónico:	Claudiam.gomez@fiscalia.gov.co
Unidad		No. de Fiscalía	133

Firma,

GARCÍA & ASOCIADOS
ABOGADOS CONSULTORES

Medellín-Antioquia, abril de 2024



Señores:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
E. S. M.

SOLICITANTES : JONATHAN DAVID TORRES VIANA
ASEGURADOR : LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
ASUNTO : Otorgamiento de poder

SE AUTÉNTICA POR
SOLICITUD Y RUEGO
DEL INTERESADO

En calidad de víctima, persona mayor de edad, domiciliado en el municipio de Medellín-Antioquia, identificado como aparezco al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre y representación, comedidamente manifiesto por medio de este instrumento que otorgo poder especial, amplio y suficiente al señor DIEGO ROLANDO GARCÍA SÁNCHEZ, abogado inscrito, identificado con la cédula de ciudadanía 8.355.407, portador de la tarjeta profesional 160.180 del Consejo Superior de la Judicatura, para presentar reclamación directa al asegurador LA EQUIDAD SEGUROS O.C. identificada con el NIT. 860.028.415-5, representada legalmente por el doctor CARLOS AUGUSTO VILLA RENDON, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 79.444.182 o por quien haga sus veces; lo anterior para obtener la indemnización por los perjuicios patrimoniales y compensación de los extrapatrimoniales derivados del accidente de tránsito ocurrido el día 2 de enero del año 2022, evento ocasionado por el conductor del vehículo de placas YAC-38F, vinculado jurídicamente con el asegurador.

El apoderado designado cuenta en los términos del artículo 77 del Código General del proceso, con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente mandato, en especial para proteger los derechos de las víctimas, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, desistir, recibir, recibir documentos, el poderdante faculta al apoderado a recibir solo el (30 %) de las sumas de dinero en efectivo, cheques, consignaciones, transferencias electrónicas o cualquier otra forma de pago de las indemnizaciones solicitadas. De igual manera el (70%), solo deberá ser pagado a las cuentas o medios de pago que la víctima suministre.

Atentamente,

Torres Viana

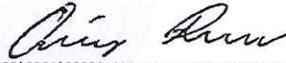
JONATHAN DAVID TORRES VIANA
C.C. 1.020.437.136
PODERDANTE

Calle 49 Nro. 50 - 21, Ed. del café, of: 2505 - 2506, Medellín - Antioquia., PBX: 322 28 25 - 3013701534

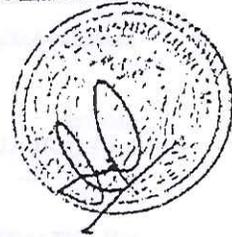
Página 1

GARCÍA & ASOCIADOS
ABOGADOS CONSULTORES

Acepto,



DIEGO ROLANDO GARCÍA SÁNCHEZ
C.C. Nro. 8.355.407
T.P. Nro. 160.180 del C.S de la T
litigios@garciayasociados.co
APODERADO



72 PRESENTACION PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Ley 1712 de 2014

El anterior escrito dirigido a La Equidad Seguros Generales fue presentado personalmente por **TORRES VIANA JONATHAN DAVID** quien exhibió la C.C. 1020437138

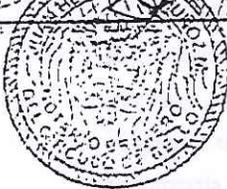
Y declaro: Que el contenido del anterior documento es cierto y que la firma que lo autoriza fue puesta por él y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus fotografías digitales y datos biométricos contra la base de datos de la Registraría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariasonline.com para verificar este documento.

Bello, 2024-05-14 15:51:43

X **Torres Viana**
El Compareciente

Cod. 00181
7832-70420577

JUAN HERNANDO OSORIO MLAGROS MUÑOZ MUÑOZ
NOTARIO PRIMER DEL CÍRCULO DE BELLO



Fecha Diligenciamiento: 27-11-2024 Ciudad: Medellin Sucursal: _____

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro Apoderado

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
Asegurado-Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Garcia SEGUNDO APELLIDO: Sanchez NOMBRES: Diego Rolando

TIPO DE DOCUMENTO: C.C NÚMERO: 8355404 FECHA DE EXPEDICIÓN: 09-11-2001 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Envigado

FECHA DE NACIMIENTO: 25/06/1983 LUGAR DE NACIMIENTO: Medellin NACIONALIDAD 1: Colombia NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: litigiosgarciasociedad.co DIRECCIÓN (Residencial): Cl 49 # 50-21 CIUDAD: Medellin

DEPARTAMENTO: Antioquia TELÉFONO: 3222825 CELULAR: 3013701534

SECTOR: servicios CIU (cod): 6910 TIPO DE ACTIVIDAD: Independiente ¿Cual?: Abogado

OCUPACIÓN: _____ CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): Asesoría jurídica

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 15.000.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) 10.000.000

ACTIVOS (Pesos) 300.000.000 PASIVO (Pesos) 100.000.000

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) 200.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos) _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento Únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

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

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



 FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
 Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la Entrevista: _____
 Observaciones: _____

 Nombre del Intermediario: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO
 Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de Confirmación: _____
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

 Firma: _____
 Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

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

*Vinculo/Relación

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

N° SINIESTRO

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

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	27	11	2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: García SEGUNDO APELLIDO: Sánchez PRIMER NOMBRE: Diego SEGUNDO NOMBRE: Rolando

C.C. C.E. T.I. R. OT. NÚMERO: 8355407 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Envigado FECHA DE EXPEDICIÓN: 09-11-2001 SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: 25-06-1983 NACIONALIDAD: Colombia OCUPACION / PROFESION: Abogado

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: 2 ESTRATO: 4

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANT AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONOMICA: Abogado

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A CARGO: N/A

CIUDAD: N/A DIRECCION: N/A TELEFONO: N/A FAX: N/A

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 49 N°50-21 CIUDAD DE RESIDENCIA: Medellín

TELEFONO: 3222825 CELULAR: 3013701534 EMAIL: litigios@garciayasociados.co

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P. CO? NO

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

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____ NIT: _____

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

C.C. C.E. NÚMERO _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN _____

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION _____ CIUDAD _____ TELEFONO: _____

PAG. WEB _____ FAX: _____

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION _____ CIUDAD _____ TELEFONO: _____

FAX: _____

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA ACTIVIDAD ECONOMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCION AGRÍCOLA CIVIL OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES: \$ 15.000.000 ACTIVOS: \$ 300.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 10.000.000 PASIVOS: \$ 100.000.000

OTROS INGRESOS: \$ 0 CONCEPTO OTROS INGRESOS: 0

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

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

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

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Abogado Litigante
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL	PERSONA JURIDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMÁTICO).	EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 8.355.407



HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: BENEFICIARIO: INTERMEDIAR: OTRO: CUAL: Apoderado

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN: PRESTACIÓN DE SERVICIO: b: CUAL:

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Diego Rolando PRIMER APELLIDO: García SEGUNDO APELLIDO: Sánchez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO: 8355407 FECHA EXPEDICIÓN: 09/11/2001 CIUDAD EXPEDICIÓN: Envigado

DIRECCIÓN: Calle 49 N°50-21 OF 2505 CIUDAD: Medellín DEPARTAMENTO: Antioquia

TELÉFONOS: 3222825 FAX: _____ CELULAR: 3013701534

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 23676318607 CORRIENTE: AHORROS: CÓDIGO DEL BANCO: 07

BANCO: Bancolombia SUCURSAL: Medellín CIUDAD: Medellín

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

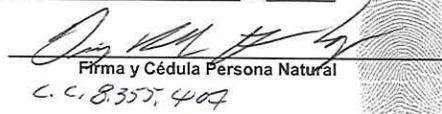
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

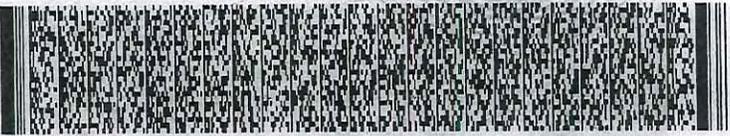
En constancia se firma en: Medellín a los (27) del mes de Noviembre de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello


Firma y Cédula Persona Natural
C. C. 8.355.407

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
8.355.407
NUMERO
GARCIA SANCHEZ
APELLIDOS
DIEGO ROLANDO
NOMBRES
Diego R. Garcia Sanchez
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1983**
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
AB-
G.S. RH
M
SEXO
09-NOV-2001 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
Juan Carlos Galindo Vazha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAZHA

A-0100100-14159392-M-0008355407-20070913 05795 07256M 02 231544515

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

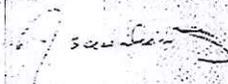
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO


UNIVERSIDAD
INST. U. DE ENVIGADO
CEDULA
8.355.407

NOMBRES:
DIEGO ROLANDO
APELLIDOS:
GARCIA SANCHEZ
FECHA DE GRADO
15 may 2007
FECHA DE EXPEDICION
25 jul 2007

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
PEDRO ALONSO SANABRIA BUITRAGO

CONSEJO SECCIONAL
ANTIOQUIA
TARJETA N°
160180

Certificación Bancaria

Lunes, 25 de noviembre de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **DIEGO ROLANDO GARCIA SANCHEZ** identificado(a) con CC. **8355407** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	236-763186-07	2011/11/16	Activa

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

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

BANCOLOMBIA S.A. ESTABLECIMIENTO BANCARIO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia