

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

N° SINIESTRO

AGENCIA	DD	MM	AAAA
---------	----	----	------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: OLIVERA	SEGUNDO APELLIDO: OLIVERA	PRIMER NOMBRE: GERSON	SEGUNDO NOMBRE:
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> O.T. <input type="checkbox"/>	NÚMERO: 88246701	LUGAR DE EXPEDICIÓN: COLOMBIA	FECHA DE EXPEDICIÓN: 02/12/1999 SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/1980	NACIONALIDAD: COLOMBIANO	OCUPACION / PROFESION: ABOGADO	
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS: 3	ESTRATO: 3	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA: ABOGADO	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:			CARGO:
CIUDAD:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		CIUDAD DE RESIDENCIA:	
TELÉFONO:	CELULAR: 3124388686	EMAIL:	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:			

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:		NIT:	
REPRESENTANTE LEGAL. PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO:	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:	
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TELÉFONO:
PAG. WEB:		FAX:	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TELÉFONO:
FAX:		FAX:	
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/>	OTRA: _____
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):			
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
_____	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	_____	_____

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

INGRESOS MENSUALES	\$ _____	ACTIVOS	\$ _____
EGRESOS MENSUALES	\$ _____	PASIVOS	\$ _____
OTROS INGRESOS	\$ _____	CONCEPTO OTROS INGRESOS	_____

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

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

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

Declaro expresamente que:

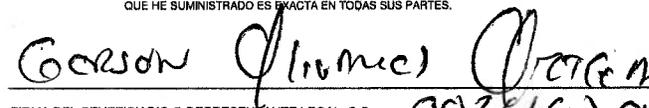
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en 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 todas sus partes.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ 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, ENTENIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.


 FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. **88246701**


 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: INTERMEDIARIA: OT: CUAL: 1
 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: INDEMNIZACIÓN: PRESTACIÓN DE SERVICIO: CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES <u>Gerson</u>	PRIMER APELLIDO <u>OLIVERA</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>ORTICA</u>
TIPO DE IDENTIFICACION <u>CC</u>	NÚMERO <u>89249701</u>	FECHA EXPEDICION <u>04/12/1998</u>
DIRECCION: <u>CAL 23 N 128 urbanización Portal de los alcazales</u>	CIUDAD: <u>CUCUTA</u>	DEPARTAMENTO: <u>N des</u>
TELEFONOS: <u>3124788686</u>	FAX:	CELULAR: <u>3124788686</u>

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 <u>230-290-114719</u>	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO <u>Banco popular</u>	SUCURSAL	CIUDAD	

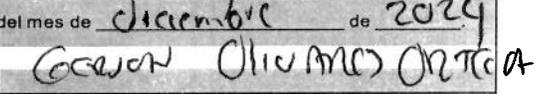
RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS 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: CUCUTA (N des) a los 04 del mes de Diciembre de 2024

_____ Firma del Representante Legal y Sello	 Firma y Cédula Persona Natural <u>89249701</u>
--	---

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **88.246.701**
OLIVARES ORTEGA

APELLIDOS
GERSON

NOMBRES

GERSON OLIVARES ORTEGA
 FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-1980**

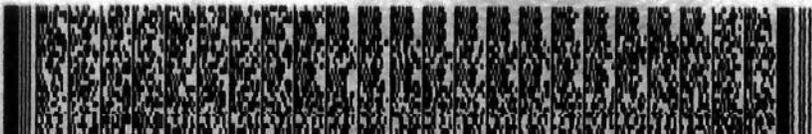
CUCUTA
 (NORTE DE SANTANDER)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

04-DIC-1998 CUCUTA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1100100-00391388-M-0088246701-20120801 0030724080A 1 7751962557

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
CUCUTA

El Banco Popular, hace constar que el cliente **GERSON OLIVARES ORTEGA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **88246701**, actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina **290 Popayan** con las siguientes características:

Tipo de Producto:	582 Diamante
Número:	230-290-11471-9
Fecha de Apertura:	
Nombre Cuenta	OLIVARES ORTEGA GERSON
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a **SEGUROS LA EQUIDAD-CTA AHORRO**
Elaborada en la oficina 451 TONCHALA el día 04 del mes 12 del año 2024

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.

BANCO POPULAR

COMITÉ SUPERVISOR DE ACTIVIDADES FINANCIERAS
DE LOS CAJAS
VIGILADO

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

ACTA No. 01471

CENTRO DE CONCILIACIÓN CÓDIGO No. 3286 PROCURADURÍA DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES	
Solicitud de Conciliación No.	07433 E-2024-713212
Convocante (s)	GERSON OLIVARES ORTEGA C.C. 88.246.701
Apoderado (a)	
Convocado (a) (s)	JHON JAIRO CARRILLO CARVAJAL C.C. 1.093.588.090, LUIS RUBEN PEDRAZA, TRASAN PLUS SAS NIT. 901.085.090, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC
Fecha de Solicitud	14 DE NOVIEMBRE DE 2024
Asunto	PAGO DE PERJUICIOS DERIVADOS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

En Bucaramanga, a los **tres (03) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)** se inicia la diligencia programada para el día de hoy a las **nueve y cuarenta y cinco de la mañana (09:45 a.m.)** con la presencia de **Elvira Varón Mantilla**, en calidad de Conciliadora adscrita al Centro de Conciliación de la **Procuraduría General de la Nación**, identificada con C.C. No. 63.330.596, asignada como Conciliadora en las presentes diligencias de Conciliación Extrajudicial en Derecho, llevada a cabo de forma Virtual.

ANTECEDENTES

1-El día catorce (14) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024), el señor **Gerson Olivares Ortega**, identificado con C.C. No. 88.246.701 a través del correo electrónico geropol@hotmail.com, promovió trámite de audiencia de Conciliación ante el Centro de Conciliación de la **Procuraduría General de la Nación**.

Parte Convocada: JHON JAIRO CARRILLO CARVAJAL C.C. 1.093.588.090, LUIS RUBEN PEDRAZA, TRASAN PLUS SAS NIT. 901.085.090, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC

2- Admitida la solicitud se fijó como fecha y hora para la celebración de la audiencia el día **tres (03) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)** a las **nueve y cuarenta y cinco de la mañana (09:45 a.m.)** Se libraron las respectivas comunicaciones de citación a las direcciones físicas y/o electrónicas aportadas por la parte convocante, informando de manera expresa que la audiencia se llevaría a cabo por medios virtuales.

HECHOS

Accidente de tránsito ocurrido el 21 de mayo de 2024 en la vía Los Patios- Cúcuta, en el que estuvieron involucrados los vehículos de placas IGU 825 de propiedad del convocante y el de placas TPV-660 conducido por Jhon Jairo Carrillo Carvajal, de la empresa Trasan Plus SAS.

PRETENSIONES

La solicitud se presentó a efectos de que las partes lleguen a un acuerdo conciliatorio relacionado con los hechos en ella consignados y en las siguientes pretensiones:

Primero: que se llegue a un acuerdo conciliatorio con JHON JAIRO CARRILLO CARVAJAL, LUIS RUBEN PEDRAZA VELOZA, TRASAN PLUS SAS y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C con el fin de que me realice el pago de la suma de **(\$3.420.000)** conforme con la cotización realizada por el taller DUMEZ AUTOS.

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

ACTA No. 01471

Valor total de las pretensiones: La suma de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE (\$3.420.000)**

ASISTENCIA

Por la parte Convocante: Asiste el señor **Gerson Olivares Ortega**, identificado con C.C. No. 88.246.701 correo electrónico geropol@hotmail.com.

Por la parte convocada: Asiste la doctora **Mayerly Ayala Rivera**, identificada con C.C. No. 1.113.696.485 con TP No. 397.018 del CSJ correo electrónico mayala@gha.com.co a quien se le reconoce personería para actuar como apoderada de **La Equidad Seguros Generales OC** identificada con Nit. 860.028.415-5 correo electrónico notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop conforme al poder de sustitución otorgado por el representante legal de la firma G. Herrera & Asociados Abogados SAS identificada con Nit. 900.701.533-7 correo electrónico notificaciones@gha.com.co apoderado general de la Aseguradora, por lo que se le reconoce personería para actuar dentro de la presente diligencia conforme a los términos y fines del poder conferido. Igualmente asiste el doctor **Diomar Francisco Montero Silva**, identificado con C.C. No. 1.090.406.897 con TP No. 321.506 del CSJ correo electrónico abogadodiomarmontero89@outlook.com a quien se le reconoce personería para actuar como apoderado de **Trasan Plus SAS**, empresa identificada con Nit. 901.085.090-6 correo electrónico trasan2022plus@gmail.com conforme al poder otorgado por su representante legal **Brent York Meneses Silva**, identificado con C.C. No. 1.090.396.923 el cual se allega junto con el Certificado de Existencia y Representación Legal. No asisten los señores **Jhon Jairo Carrillo Carvajal**, identificado con C.C. No. 1.093.588.639 y **Luis Rubén Pedraza Veloza**, de quien manifiesta el convocante desconoce su identificación, enviándose la correspondiente citación junto con la solicitud de conciliación al correo electrónico juridicattrasan@hotmail.com suministrado por la parte convocante.

TRAMITE

La Conciliadora ilustra a las partes sobre la naturaleza, efectos y alcances de la conciliación, les pone de presente las ventajas y beneficios y los invitó a formular las propuestas que estimaren pertinentes, tendientes a solucionar las diferencias planteadas, advirtiendo que la diligencia se encuentra amparada en el principio de confidencialidad contenido en el numeral 4° del artículo 4° de la Ley 2220 de 2022.

Luego de examinar las alternativas de arreglo presentadas por el Conciliadora y cada una de las ofertas que cruzaron las partes como expresión de su libre autonomía negocial, llegaron al siguiente acuerdo como solución definitiva de sus diferencias, así:

La parte convocada **La Equidad Seguros Generales OC** pagará a la parte convocante la suma de **DOS MILLONES CIENTO VEINTE MIL DE PESOS (\$2.120.000=)** como indemnización integral de todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales derivados del accidente de tránsito ocurrido el 21 de mayo

	FORMATO: ACTA DE ACUERDO PROCESO: CONCILIACIÓN	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

ACTA No. 01471

de 2024 en la vía Los Patios- Cúcuta, en el que estuvieron involucrados los vehículos de placas IGU 825 de propiedad del convocante y el de placas TPV-660 conducido por Jhon Jairo Carrillo Carvajal, de la empresa Trasan Plus SAS. Suma que será cancelada mediante transferencia a la cuenta bancaria que para tal efecto suministrará el convocante a nombre de **Gerson Olivares Ortega**, identificado con C.C. No. 88.246.701, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la radicación completa de los documentos a continuación indicados enviados al correo electrónico mayala@gha.com.co y notificaciones@gha.com.co: formulario Sarlaft de quien recibe el dinero, copia de la cédula de ciudadanía del beneficiarios del pago, certificación bancaria de vigencia de la cuenta, formulario de autorización de pago por indemnización, copia del acta de la presente audiencia.

Una vez efectuado el pago de la suma acordada la parte convocante y la convocada **La Equidad Seguros Generales OC, Trasan Plus SAS, Jhon Jairo Carrillo Carvajal** y **Luis Rubén Pedraza Veloza** quedan a paz y salvo por todo concepto derivado del accidente de tránsito objeto de la presente conciliación.

Teniendo en cuenta que, el anterior acuerdo pone fin a las pretensiones que motivaron la solicitud de audiencia de conciliación y que es aceptado recíprocamente por las partes, el Conciliadora hace ver a los involucrados que este arreglo hace **TRÁNSITO A COSA JUZGADA** y que, en caso de incumplimiento, **EL ACTA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO**. Desde ya se requiere a las partes, para que informen por escrito a este Despacho el cumplimiento del anterior acuerdo conciliatorio.

Se hace constar que el acta fue leída en su integridad, publicada en pantalla siendo aprobada por cada uno de los asistentes, sin presentar objeción a su contenido y forma. Las partes además manifiestan que, el acuerdo contenido en esta acta, fue expresión de su libre y espontánea voluntad y así lo hacen constar con su asentimiento expresado en la audiencia. Se cumplió con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 2220 de 2022. Se suscribe en la ciudad de Bucaramanga siendo las diez y cuarenta y tres de la mañana (10:43 am) del día tres (03) del mes diciembre del año 2024.



ELVIRA VARÓN MANTILLA
Conciliadora

La presente Acta de Conciliación No. 01471, fue expedida por la abogada Conciliadora Elvira Varón Mantilla, en Bucaramanga a los tres (03) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

La presente es primera copia tomada del original y presta merito ejecutivo



ELVIRA VARON MANTILLA

Directora

Centro de Conciliación Civil y Comercial en Bucaramanga