

Bogotá D.C., 7 de septiembre de 2021

Señor

ANDRES FELIPE LEON REYES

Ejecutivo de Cuenta

UT DELIMA -WILLIS 472

Ciudad

**Ref.: RECLAMACION POR PERDIDA ARTESANIAS CAÑA FLECHA, GUIA
CP000451402CO**

Adjunto remitimos la siguiente documentación para iniciar el respectivo trámite de indemnización ante la aseguradora.

- Copia de memorando
- Copia Cun (PQR)
- Copia de cedula del reclamante
- Copia cámara y comercio y RUT
- Copia carta reclamación del cliente
- Copia factura
- Copia guía
- Registro fotográfico
- Copia certificación bancaria
- Copia del SARLAFT y AUTORIZACION DE PAGO
- Copia trazabilidad

Nota. SI Paga flete

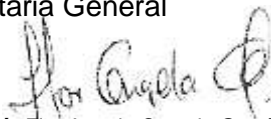
- Fecha de ocurrencia del siniestro: 24 de junio de 2021

Cordialmente,




CLARA ISABEL VEGA RIVERA

Secretaria General



Proyecto: Flor Angela Camelo García.
Profesional Experto Nivel II.

**TRANSFERENCIA DE RECLAMACIONES EXPORTAFACIL COURIER
ASEGURADORA - INFORME DE INVESTIGACION DE SERVICIOS
POSTALES NACIONALES**

Fecha de Transferencia	06 de septiembre de 2021	No. De Reclamo	7192210000725475	No. de Anexos	24
Información del Envío	TRANSFERENCIA ASEGURADORA	EXPRESS TIME			
		Numero de envío o Guía	CP000451402CO – Guía DHL 4721056233		
	Motivo del Reclamo	Avería			
	Nombre del Reclamante	ARTESANIAS CAÑA FLECHA			
REMITENTE			DESTINATARIO		
ARTESANIAS CAÑA FLECHA CALLE 12 CRA 13A 39 BARRIO SAN MARTIN TUCHIN			DONAJI MANZANARES GARCIA CALLE 12 CRA 13A 39 BARRIO SAN MARTIN N/A		
INVESTIGACION DE SERVICIOS POSTALES NACIONALES					
Relato investigación: Según correos adjuntos y fotos del envío reporta Avería total, cliente aportara salvamento FECHA DEL SINIESTRO: Junio 24 de 2021 Reclamación PQR – CUN <ol style="list-style-type: none">1. Fotocopia Cedula Ciudadanía2. Cámara de comercio3. Rut4. Relación detallada del contenido del envío5. Factura de compra6. Guía sipost7. Fotos de la avería8. Certificación bancaria9. Formulario Sarlaft persona natural y formato de autorización de pago SBS10. Trazabilidad de Sipost y fecha de siniestro11. SI PAGA FLETE.					
CONCEPTO FINAL POR PARTE DEL ASESOR					
Por lo anterior expuesto y con base en la documentación anexa se establece la avería del envío. Decisión que será revisada y verificada por el área de la compañía de seguros quien define o decide si se indemniza o no.					
 MARCELA TRIANA SANTANA Coordinadora PQR Nacional y Centro B. Revisó: Maria Paula Molina Tovar			 Proyectó y gestionó: RUDY PEREZ MAYORGA		



Peticiones, Quejas y Recursos



El servicio
de **envíos**
de Colombia

6 de September de 2021 - 14:30

Express Time

ADMINISTRAR PQRs

PQR

CONSULTAS

TRANSFERENCIAS

REPORTES

SALIR DEL SISTEMA

Gestionar Tarea Cancelar

PQR

(*) La PQR es procedente? ☐ Sí ☒ No

Actualizar PQR

Datos de la PQR

Número PQR: 7192210000725475
 Número de guía: 50876573-1
 Front PQR
 Medio Presencial Verbal
 Servicio Exportafacil Courier
 Fecha imposición del envío 31-Mar-2021
 Comentarios El cliente solicita indemnización inmediata por el envío CP000451402CO, ya que el envío por una mala gestión del aliado DHL en el destino devolvió el envío por supuestamente error en el código postal, donde los datos como facturas, Rut, cedula, carta de responsabilidad, declaración de exportación fácil iban de manera correcta a su vez que los datos que contenían dichos documentos. El DHL devuelve el envío injustificadamente a Colombia, el país le genera una factura de importación por un valor que supera 1.400.000 pesos cosa que DHL no quiere asumir por lo que la caja se encuentra retenida y perdida. El cliente pide que se le devuelva el dinero del flete, indemnización por pérdida de la caja, daños y perjuicios. Cabe resaltar que el error fue del aliado, que no se quiere hacer responsable por la mala gestión que tuvo con el envío, no quiere responder por el envío.

Medio de respuesta: CORREO ELECTRONICO
 Clase de reclamo Solicitud de indemnización
 Tipo de envío Internacional Saliente
 Concepto DEVOLUCION IRREGULAR
 Quien reclama Remitente

Datos del Remitente

País COLOMBIA
 Ciudad/Municipio TUCHIN
 Nombre ARTESANIAS CAÑA FLECHA
 Número documento 50876573-1
 Teléfono 3045974631
 Regional Norte
 Tipo de documento N.I.T.
 Dirección CALLE 12 CRA 13A 39 BARRIO SAN MARTIN
 Correo electrónico fransiners5@gmail.com

Datos del Destinatario

País
 Ciudad/Municipio
 Nombre
 Número documento
 Teléfono
 Regional
 Tipo de documento N.I.T.
 Dirección
 Correo electrónico

Datos del Otro Reclamante

País
 Ciudad/Municipio
 Nombre
 Número documento
 Teléfono
 Regional
 Tipo de documento
 Dirección
 Correo electrónico



Observaciones

Adicionar Observacion

Fecha	Usuario	Actividad	Observaciones/Notas
21-Jun-2021 04:48:39	Express Time	Verificar y evaluar informacion	DHL 4721056233
21-Jun-2021 04:49:37	Express Time	Verificar y evaluar informacion	Buen dia, solicito su colaboración verificando la solicitud del usuario, ya que manifiesta que DHL realizó una mala gestión en su envío y por lo tanto fue retornado

23-Jun-2021 08:08:39	Notificaciones - Gestión Documental PQR	Gestion Operaciones	SE ENVIA RESPUESTA POR MEDIO DE CORREO ELECTRONICO Reciba un cordial saludo de la oficina de Peticiones, Quejas y Recursos de Servicios Postales Nacionales S.A, empresa que opera bajo la marca de 74-72 El servicio de envíos de Colombia? en atención a su petición, nos permitimos informar que con el fin de brindarle una respuesta fondo referente a su solicitud, es necesario realizar apertura de práctica de pruebas de conformidad con lo establecido en la Resolución 5050 de 2016 expedida por la CRC, que en su literal establece: ARTÍCULO 2.2.7.10. TÉRMINO PARA RESPONDER LAS PQR Y LAS SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN. Los operadores deberán resolver la PQR o solicitud de indemnización presentada, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recibo. Este término podrá ampliarse si hay lugar a la práctica de pruebas, situación que deberá ser informada al usuario, de conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo?.
12-Jul-2021 11:41:18	ASESOR PQR CASILLERO	Gestion Operaciones	Se envía respuesta por medio de correo electrónico DHL lo entrego por Servientrega - EL ENVIO CONTENIDA ARTESANIAS - LLEGARON AVERIADAS ALGUNAS COSA LLEGARON EN MAL ESTADO LE DEVUELVEN LA CAJA DESPUES DE 3 MESES
12-Jul-2021 08:51:34	NOTIFICACIONES NACIONAL	Gestion Operaciones	Cordial saludo Angela: Por favor hacernos llegar la reclamación formal, indicando la guía de DHL y las fotografías respectivas. Muchas gracias.
06-Aug-2021 11:19:25	Express Time	Gestion Operaciones	PQR escalada a Coordinador. Causal de vencimiento: Fallas en el aplicativo CUN
06-Aug-2021 02:28:30	INTER - UPIS	Gestion Operaciones	Se autorizó la gestión para la PQR de la Clave Principal
06-Aug-2021 02:28:42	Express Time	Analisis de respuesta operaciones	SE ENVIA CORREO SD A JENNIFER OSPINA
06-Aug-2021 02:30:41	SINDY MARCELA TRIANA	Analisis de respuesta operaciones	SE ENVIA RESPUESTA POR MEDIO DE CORREO ELECTRONICO
06-Aug-2021 02:38:52	Express Time	Analisis de respuesta operaciones	CLIENTE APORTO DOCUMENTOS AL ASESOR
06-Aug-2021 04:28:38	DIEGO FERNANDO DIAZ	Gestion Operaciones	gui cp000451402co
27-Aug-2021 10:48:07	NACIONAL SD	Gestion Operaciones	HACER PORTADA
27-Aug-2021 04:36:24	Express Time	Analisis de respuesta operaciones	
02-Sep-2021 03:51:03	Express Time	Analisis de respuesta operaciones	



Anexos

Adicionar Anexo

Fecha	Usuario	Actividad	Nombre	
22-Jun-2021 07:53:02	ASESOR PQR CASILLERO	Gestion Operaciones	Correo solicitud	
23-Jun-2021 08:10:47	Notificaciones - Gestión Documental PQR	Gestion Operaciones	INFORMACION PQR 725475	
01-Jul-2021 04:53:17	Notificaciones - Gestión Documental PQR	Gestion Operaciones	CERTIFICADO PQR 725475	
12-Jul-2021 11:41:58	ASESOR PQR CASILLERO	Gestion Operaciones	reiteración	
12-Jul-2021 08:51:30	NOTIFICACIONES NACIONAL	Gestion Operaciones	CORREO ELECTRONICO NAL PP	
16-Jul-2021 10:32:41	NOTIFICACIONES NACIONAL	Gestion Operaciones	CORREO CERTIFICADO NAL PP	
06-Aug-2021 11:59:14	Express Time	Gestion Operaciones	REITERACION	
06-Aug-2021 02:37:54	Express Time	Analisis de respuesta operaciones	RTA DE DHL	
06-Aug-2021 04:29:05	DIEGO FERNANDO DIAZ	Gestion Operaciones	CORREO ELECTRONICO GD NAL SD	
10-Aug-2021 12:51:52	DIEGO FERNANDO DIAZ	Gestion Operaciones	CERTIFICADO CC SD	
27-Aug-2021 01:16:04	Express Time	Analisis de respuesta operaciones	DOCUMENTOS	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

50.876.573

NUMERO

ORTIZ OSPINO

APELLIDOS

ETIS DEL CARMEN

NOMBRES



[Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1975
SAN ANDRES DE SOTAVENTO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

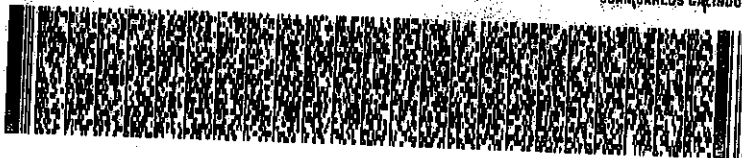
F

SEXO

15-OCT-1993 SAN ANDRES DE SOTAVENTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1304000-38157531-F-0050876573-20070509

06100 07128A 02 233982151

*** EXPEDIDO A TRAVÉS DEL SISTEMA VIRTUAL S.I.I. ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN 2SjZz7qrUq

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: ETIS DEL CARMEN ORTIZ OSPINO
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: PERSONA NATURAL
IDENTIFICACIÓN : CÉDULA DE CIUDADANÍA - 50876573
NIT : 50876573-1
ADMINISTRACIÓN DIAN : MONTERIA
DOMICILIO : TUCHIN

MATRÍCULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 182413
FECHA DE MATRÍCULA : OCTUBRE 13 DE 2020
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2021
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : ABRIL 01 DE 2021
ACTIVO TOTAL : 5,300,000.00
GRUPO NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 12 CRA 13A - 39 BRR SAN MARTIN
BARRIO : BARRIO SAN MARTÍN
MUNICIPIO / DOMICILIO: 23815 - TUCHIN
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3045974631
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : etisortiz2421@gmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 12 CRA 13A - 39 BRR SAN MARTIN
MUNICIPIO : 23815 - TUCHIN
BARRIO : BARRIO SAN MARTÍN
TELÉFONO 1 : 3045974631
CORREO ELECTRÓNICO : etisortiz2421@gmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : etisortiz2421@gmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA : FABRICACION Y VENTA DE ARTESANIAS

ACTIVIDAD PRINCIPAL : C3290 - OTRAS INDUSTRIAS MANUFACTURERAS N.C.P.
ACTIVIDAD SECUNDARIA : G4769 - COMERCIO AL POR MENOR DE OTROS ARTICULOS CULTURALES Y DE ENTRETENIMIENTO N.C.P. EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS

*** EXPEDIDO A TRAVÉS DEL SISTEMA VIRTUAL S.I.I. ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN 2SjZz7qrUq

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO : ARTESANIAS CAÑA FLECHA**

MATRICULA : 182414

FECHA DE MATRICULA : 20201013

FECHA DE RENOVACION : 20210401

ULTIMO AÑO RENOVADO : 2021

DIRECCION : CALLE 12 CRA 13A - 39 BRR SAN MARTIN

BARRIO : BARRIO SAN MARTÍN

MUNICIPIO : 23815 - TUCHIN

TELEFONO 1 : 3045974631

CORREO ELECTRONICO : etisortiz2421@gmail.com

ACTIVIDAD PRINCIPAL : C3290 - OTRAS INDUSTRIAS MANUFACTURERAS N.C.P.

ACTIVIDAD SECUNDARIA : G4769 - COMERCIO AL POR MENOR DE OTROS ARTICULOS CULTURALES Y DE ENTRETENIMIENTO N.C.P. EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS

VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 5,300,000

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

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 MICRO EMPRESA

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

Ingresos por actividad ordinaria : \$15,600,000

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : C3290

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : \$3,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE MONTERIA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace <https://siimonteria.confecamaras.co/cv.php> seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación 2SjZz7qrUq

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

*** EXPEDIDO A TRAVÉS DEL SISTEMA VIRTUAL S.I.I. ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN 2SjZz7qrUq

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14724256885



(415)7707212489984(8020) 000001472425688 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 0 8 7 6 5 7 3

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

1 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

5 0 8 7 6 5 7 3

27. Fecha expedición

1 9 9 3, 1 0, 1 5

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

San Andrés Sotavento

6 7 0

31. Primer apellido

ORTIZ

32. Segundo apellido

OSPINO

33. Primer nombre

ETIS

34. Otros nombres

DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial

ARTESANIAS CAÑA FLECHA

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Tuchín

8 1 5

41. Dirección principal

CL 12 CR 13 39 LC 1

42. Correo electrónico

etisortiz2421@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 5 9 7 4 6 3 1

45. Teléfono 2

7 7 9 9 0 0 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

3 2 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 5, 0 1, 1 2

Actividad secundaria

48. Código

4 7 6 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 4, 0 3, 0 8

Otras actividades

50. Código

8 5 2 1

Ocupación

51. Código

1 3 1 4

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **5** **1** **0** **4** **8** **5** **2**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

10- Obligado aduanero

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código **2** **2** **2** **3**

Exportadores

55. Forma

1

56. Tipo

1

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2020 - 11 - 20 / 14 : 53: 38

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

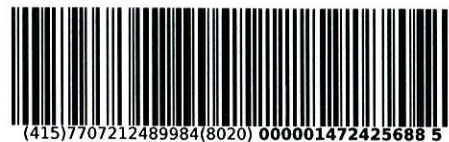
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14724256885



(415)7707212489984(8020) 000001472425688 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

1 2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de otros artículos culturales y de entretenimiento n.c 4 7 6 9
162. Nombre del establecimiento ARTESANIAS CAÑAFLECHA	
163. Departamento Córdoba 2 3	164. Ciudad/Municipio Tuchín 8 1 5
165. Dirección CL 12 13 39	
166. Número de matrícula mercantil 7 2 1 9 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 4 0 4 1 9
168. Teléfono 3 0 4 5 9 7 4 6 3 1	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14724256885



(415)7707212489984(8020) 000001472425688 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

1 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

☐
☐
☐

63. Formas asociativas

☐
☐
☐

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

☐
☐
☐

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 4 0 4 1 9	
77. No. Matrícula mercantil	7 2 1 9 7	
78. Departamento	2 3	
79. Ciudad/Municipio	2 2	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

82. Nacional _____ %

83. Nacional público _____ %

84. Nacional privado _____ %

85. Extranjero _____ %

86. Extranjero público _____ %

87. Extranjero privado _____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

8

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Tuchin Córdoba 24 de agosto del 2021

Señores 472

MARCELA TRIANA SANTOS
Coordinadora de PQR Nacional – Centro B
Proyecto y gestión: RUDY PEREZ MAYORGA
Reviso: Jennifer Ospina

Muy respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de manifestar por medio de este escrito que yo **ETIS DEL CARMEN ORTIZ OSPINO**, con cedula de ciudadanía N° 50876573 de san Andrés de Sotavento Córdoba, como propietaria de **ARTESANIAS CAÑA FLECHA**, con NIT. **50876573-1**, ubicados en el Municipio de Tuchin Córdoba como local 1 dirección calle 12 cra 13 a – 39 barrio San Martin, hago reclamación por error del operador 472 con nuestro envío de guía **CP000451402CO** por el exportafacil currier despachado el día **31/03/2021** en la Ciudad de Sincelejo Sucre con destino **PAIS MEXICO CUIDAD PUERTO ESCONDIDO** calle 8 a norte. Num. Ext. 35 código apostal **71984** a nombre de nuestro cliente **DONAJI MANZANARES GARCIA** Nacionalidad Mexicano, no estuvo 4 meses en custodia de **ARTESANIAS CAÑA FLECHA**, el cual fue devuelto por **SERVIENTREGA** el día **24 de junio de 2021 hora 11:24** desde la ciudad de **Bogotá** con **numero de guía 2106976622** cuando nos dimos cuenta al recibir la caja mojada con averías en mal estado, por cualquier cosa **ARTESANIAS CAÑA FLECHA**, va a reportar el salvamento en el momento que lo requiera la empresa de **472** como como también requiero que **472** indemnicé y responda por los daños causados perjuicios a **ARTESANIAS CAÑA FELCHA** a Nivel Nacional Internacionalmente, tiempo que demoro en custodia de **472** tanto como hubo fallas en el servicio me entregaron la mercancía en mal estado, aparte de eso no entiendo por qué si yo contrate fue con **472**, nos dejaron el envío prácticamente votado en **SERVIENTREGA** sin ninguna respuesta a lo sucedido.

Hago una lista de artículos afectados por no haber llegado nuestra caja a su destino final México

Representación Gráfica
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento Número de Factura: CFCH-25 Código Único de Factura - CUFE: d3d65ef25a1a1b200a4994bf2e2bd12cbfa1d257d2aed11c5bc7a47694a3bcc067aa1a63ce66470b0d8a3d7825e43fd3

Fecha de Emisión 29/03/2021 Fecha de Vencimiento 29/03/2021
Tipo de Operación Genérica Prefijo CFCH
Tipo de Negociación Contado Medio de Pago Giro urgente
Tipo de Entrega Entregado en Terminal

Datos del Emisor Nit del Emisor: 50876573 Razón Social: ORTIZ OSPINO ETIS DEL CARMEN

Nombre Comercial ORTIZ OSPINO ETIS DEL CARMEN
Tipo de Contribuyente Persona Jurídica Dirección CL 12 CR 13 39 LC 1
Régimen Contable Régimen Ordinario Departamento Córdoba
Actividad Económica Principal 3290 Correo etisortiz2421@gmail.com
Tipo Responsabilidad O-48;O-52 Municipio Tuchín
Teléfono 3045974631

Datos del Adquiriente Nit del Adquiriente: MAGD610905HB3 Razón Social: DDONAJI MANZANARES GARCIA

Tipo de Documento Cédula de extranjería Dirección CALLE 8 A NORTE NUM EXT 35
Número Documento MAGD610905HB3 Departamento Extranjero
Nombre Comercial DONAJI MANZANARES GARCIA Municipio Extranjero
Tipo de Contribuyente Persona Natural Correo donaji_manzanares@hotmail.com
Régimen Contable No responsable de IVA Teléfono +57 9542018407
Tipo de Responsabilidad O-49

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
								IVA	ICA	INC	
1	001	BOLSO ESTANDAR EN CAÑAFLECHA INTERNACIONAL	94	16,00	\$ 60.000,00						\$ 960.000,00
2	047	SOMBRERO MEDIANOS MEXICO DIFERENTES DISEÑOS	94	20,00	\$ 55.000,00						\$ 1.100.000,00
3	046	SOMBRERO GRANDE MEXICO PERSONALIZADO	94	18,00	\$ 92.000,00						\$ 1.656.000,00
4	042	CARTERAS 3 SIRRES CAÑA FLECHA	94	1,00	\$ 23.000,00						\$ 23.000,00
5	002	BOLSO MEDIANO EN CAÑAFLECHA	94	1,00	\$ 30.000,00						\$ 30.000,00
6	038	BILLETAS CAÑA FLECHA INTERNACIONAL	94	1,00	\$ 18.000,00						\$ 18.000,00
7	049	CONO SOMBRERO MEXICO	94	1,00	\$ 23.000,00						\$ 23.000,00
8	041	SOBRES CAÑA FLECHA CON TIRA 2 SERVICIOS INTERNACIONAL	94	1,00	\$ 23.000,00						\$ 23.000,00
9	048	BOLSITO DAMA PQ CAÑA FLECHA	94	1,00	\$ 22.000,00						\$ 22.000,00
10	050	MONEDERO CAÑA FELCHA MEXICO	94	2,00	\$ 3.000,00						\$ 6.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto
------	------	--------	-------------	---	-------

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia
------------------------------	-------------------	------------------

Notas Finales

Datos Totales



MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	\$	3.861.000,00
Descuentos detalle (-)	\$	0,00
Recargos detalle (+)	\$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	\$	0,00
Total impuesto detalle (+)	\$	0,00
Total otros impuestos (+)	\$	0,00
Total mas impuesto (=)	\$	3.861.000,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	\$	3.861.000,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Número de Autorización: 18764007833629 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 500 Vigencia: 2021-05-20



Destinatario

Nombre/Razón Social: DONAJI MANZANARES GARCIA
Dirección: CALLE 8A NORTE NUM EXT 35
Ciudad: TUCHIN
Departamento: CORDOBA
Codigo postal: 71984
Fecha admisión: 31/03/2021 11:59:48

Remitente

Nombre/Razón Social: ARTESANIAS CAÑA FLECHA
Dirección: CALLE 12 CRA 13A 39 BARRIO SAN MARTIN
Ciudad: TUCHIN
Departamento: CORDOBA
Codigo postal: CP000451402C0
Envío



1111
997

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A NIT 900.062.917-9

Min. Transporte Licencia de Carga//

EXPORTAFACIL COURIER

Centro Operativo : PO.SINCELEJO

Fecha Admisión: 31/03/2021 11:59:48

Fecha Aprox Entrega: 09/04/2021

Orden de servicio:

CP000451402C0



Valores	Nombre/ Razón Social:	ARTESANIAS CAÑA FLECHA		
	Dirección:	CALLE 12 CRA 13A 39 BARRIO SAN MARTIN NIT/C.C/T.I:50876573-1		
	Referencia:	Teléfono:	Código Postal:	
	Ciudad:	Depto:	Código Operativo:	
	Nombre/ Razón Social:	DONAJI MANZANARES GARCIA		
	Dirección:	CALLE 8A NORTE NUM EXT 35		
	Tel:	Código Postal:	Código Operativo:	
	Ciudad:	Depto:		
	Peso Físico(grams):	Dice Contener :		
	Peso Volumétrico(grams):			
	Peso Facturado(grams):			
	Valor Declarado:			
	Valor Flete:	Observaciones del cliente :		
	Costo de manejo:			
	Valor Total:			

Causal Devoluciones:		
RE Rehusado NE No existe NS No reside NR No reclamado DE Desconocido <input type="checkbox"/> Dirección errada	C1 Cerrado N1 No contactado FA Fallecido AC Apartado Clausurado FM Fuerza Mayor	
Firma nombre y/o sello de quien recibe:		
C.C.	Tel:	Hora:
Fecha de entrega: dd/mm/aaaa		
Distribuidor:		
C.C.		
Gestión de entrega:		
1er dd/mm/aaaa		



83051551111997CP000451402C0

Principal: Bogotá D.C. Colombia Diagonal 25 G # 95 A 55 Bogotá / www.4-72.com.co Línea Nacional: 01 8000 111 210 / Tel. contacto: (571) 4722000.

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web. 4-72 tratará sus datos personales para probar la entrega del envío. Para ejercer algún reclamo: servicioalcliente@4-72.com.co Para consultar la Política de Tratamiento: www.4-

8305
155

PO.SINCELEJO
NORTE







Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente ETIS DEL CARMEN ORTIZ OSPINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 50,876,573 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 488388406 aperturada el 23 de febrero de 2016 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 23 de agosto de 2021.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0488388406
Cuenta de 16 dígitos:	0488000200388406
Cuenta de 20 dígitos:	00130488000200388406

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE PAGO SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.					
1. INFORMACION GENERAL DEL BENEFICIARIO					
APELLIDOS Y NOMBRES, O RAZON SOCIAL ORTIZ OSPINO ETIS DEL CARMEN			CORREO ELECTRONICO ETISORTIZ22421@CHAIL.COM		
TIPO DE IDENTIFICACION (MARQUE X)	NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Cual?	NO. DE IDENTIFICACION 50876573			
DIRECCION CORRESPONDENCIA CALLE 12 CRA 13 A-39 LC 1		TELEFONO FIJO 7799007	CELULAR 3045974631		
CIUDAD		FAX			
2. INFORMACION PARA EL PAGO (Marque una sola forma de pago)					
Incluir únicamente Información del Titular de la Cuenta, Número de Cuenta Bancaria o Número de Celular					
ABONO EN CTA	BANCO BBVA	NO. DE CUENTA 0488388406	CT. AHO. <input checked="" type="checkbox"/>	CT CTE. <input type="checkbox"/>	
DAVIPLATA	CIUDAD DE PAGO	NO. DE CELULAR	MOVISTAR <input type="checkbox"/>	TIGO <input type="checkbox"/>	COMCEL <input type="checkbox"/>
3. PAGO POR VENTANILLA					
1. La opción de "pago por ventanilla en efectivo, únicamente aplica para pagos a personas naturales" 2. La opción pagos por ventanilla en cheque aplica para personas naturales y jurídicas 3. Escriba la ciudad y el nombre de la sucursal bancaria a la cual acudirá a reclamar el pago					
SISTEMA DE PAGO	CHEQUE DE GERENCIA <input type="checkbox"/>	CIUDAD DE PAGO			
BANCO	EFECTIVO <input type="checkbox"/>	SUCURSAL DE PAGO			
DAVIVIENDA					
4. AUTORIZACION					

Yo **ETIS DEL CARMEN ORTIZ OSPINO** identificado con CC ☒ CE ☐ o NIT ☐ No. **50876573** de **SAN ANDRES S.**, actuando de manera voluntaria en nombre propio o en representación legal de **SAN ANDRES S.**, manifiesto y autorizo expresa e irrevocablemente a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., para que en caso que encuentre procedente el pago, lo realice a través de uno de los siguientes métodos de pago: (Marque con una X el método correspondiente escogido para su pago):

- Sistema de transferencia electrónica de fondos: Abono a la cuenta descrita en el numeral 2 del presente documento para el pago que se derive a mi favor o de la entidad que represento. Certifico que esta cuenta bancaria se encuentra activa, no es conjunta, que yo soy, o la entidad que represento es, el único titular, y que el titular de ésta cuenta, está identificado en la entidad bancaria con el tipo de documento y número de identificación registrado en esta autorización de pago.
- Sistema de transferencia electrónica a Daviplata: Abono al Número de celular (SIM), descrito en el numeral 2 del presente documento para el pago que se derive a mi favor. Certifico que soy el titular del número de Daviplata informado, el cual se encuentra activo, identificado en el Banco Davivienda con el tipo de documento y número de identificación registrados en esta autorización.
- Sistema de Pago por Ventanilla en efectivo (únicamente para personas naturales): Pago en efectivo a través del Banco Davivienda, establecimiento bancario legalmente constituido y vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. El pago en efectivo por ventanilla tan sólo se podrá realizar en la sucursal del establecimiento de crédito que se indique en el numeral 3 de la presente autorización. Por razones de seguridad, si el monto del pago excede la suma de cinco millones de pesos (\$5.000.000.00), el pago no podrá ser efectuado por ventanilla y, por consiguiente, dicho pago se deberá efectuar mediante transferencia electrónica de fondos. Certifico que me comprometo a reclamar el pago antes de **quince días** contado a partir de la fecha en que me sea autorizado el pago por parte de SBS Seguros Colombia. En caso de no ser reclamado en el tiempo anteriormente referido, entiendo y acepto que no podré solicitar el pago bajo este método, para lo cual utilizaré las demás alternativas ofrecidas por SBS Colombia. Así mismo, certifico que seré el único autorizado para reclamar el pago que se derive a mi favor, para lo cual aportaré la documentación de identificación correspondiente.
- Sistema de Pago mediante Cheque de Gerencia: Pago mediante cheque de gerencia a través del Banco Davivienda, establecimiento bancario legalmente constituido y vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. El pago mediante cheque de gerencia tan sólo se podrá realizar en el establecimiento de crédito que se indique en el numeral 3 de la presente autorización. El cheque de gerencia deberá ser librado a nombre del primer beneficiario y llevará cruce de abono en cuenta y sello de pagarse únicamente al primer beneficiario, de suerte que se restrinja su negociabilidad razón por la cual no podrá ser cobrado por ventanilla. Certifico que me comprometo a reclamar el pago antes de un mes contado a partir de la fecha en que me sea autorizado el pago por parte de SBS Colombia.



En caso de no ser reclamado en el tiempo anteriormente referido, entiendo y acepto que no podré solicitar el pago bajo este método para lo cual utilizaré las demás alternativas ofrecidas por la Compañía. Así mismo, certifico que seré autorizado para reclamar el pago que se derive a mi favor o de la Compañía que represento legalmente, para lo cual aportaré la documentación de identificación correspondiente.

SBS Seguros Colombia S.A. No se hace responsable por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago mediante el presente formato. Exonero de cualquier responsabilidad a SBS Seguros Colombia S.A. por la información aquí consignada y el uso de los recursos provenientes de la indemnización pagada.

FIRMA DE AUTORIZACION:

FIRMA BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ETIS DEL CARMEN ORTIZ OSPINO No. de Identidad: 50876573

5. ENTIDADES BANCARIAS ACEPTADAS PARA REALIZAR TRANSFERENCIAS BANCARIAS

01	BOGOTA	12	GNB SUDAMERIS	32	BANCO BCSC	60	PICHINCHA
02	POPULAR	13	BBVA COLOMBIA	40	BANCO AGRARIO	61	BANCOOMEVA
06	CORPBANCA	14	HELM BANK	51	DAVIVIENDA	62	FALABELLA
07	BANCOLOMBIA	19	COLPATRIA	52	AV VILLAS	63	FINANDINA
09	CITIBANK	23	OCCIDENTE	58	PROCREDIT	66	BCO.COOPCENTRAL

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha Diligenciamiento	24/08/2021		Tipo Solicitud	INDEMNIZACIÓN	
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 <input type="radio"/>	Asegurado <input type="radio"/>	Beneficiario <input type="radio"/>	Afianzado <input type="radio"/>	Proveedor <input type="radio"/>
	Intermediario <input type="radio"/>	Otro	AFECTADO		
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO):					
Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input checked="" type="radio"/> Otra	Cual: AFECTADO
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input checked="" type="radio"/> Otra	Cual: AFECTADO
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input checked="" type="radio"/> Otra	Cual:

1. INFORMACIÓN BÁSICA					
PRIMER APELLIDO	ORTIZ		SEGUNDO APELLIDO	OSPINO	
NOMBRES	ETIS DEL CARMEN				
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO	50876573	FECHA DE EXPEDICIÓN	15/10/93
LUGAR DE EXPEDICIÓN	SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO				
FECHA DE NACIMIENTO	24/09/75	LUGAR DE NACIMIENTO	SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO		NACIONALIDAD
COLOMBIANA					
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CAJUE 12 CLA 13 A-39 LOC 1		CIUDAD	TUCHÍN	
DEPARTAMENTO	CORDOBA				
E-MAIL	ETISORTIZ2427@GMAIL.COM		TELÉFONO (Casa)	7799007	
CELULAR	3045974631				
ACTIVIDAD PRINCIPAL	OTRAS INDUSTRIAS		CIU	3290	
Ocupación			CARGO		
EMPRESA DONDE TRABAJA			DIRECCIÓN OFICINA		
TELÉFONO/FAX					
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)					

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	7.880.000	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	2.758.000
ACTIVOS (Pesos)	34.440.000	PASIVOS (Pesos)	26.341.000
PATRIMONIO (Pesos)	8.099.000	OTROS INGRESOS (Pesos)	
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES			
¿ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? VER DEFINICIÓN EN EL PIE DE PÁGINA			
		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?			
		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	

Si la respuesta es afirmativa, Diligencie el Anexo 1 para PEP y vinculados. Ver definición en el pie de página.

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA	
Declaro expresamente que: 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y 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. 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:	

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CUAL	INDIQUE OTRAS OPERACIONES			
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS				
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS				
	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO

Persona Públicamente Expuesta (PEPS): 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 importantes de partidos políticos.

1 Vinculados: Las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización entiendase por LA ASEGURADORA la(s) sociedad(es) ETIS DEL CAJEN ORTIZ OSPINO
Dirección CALLE 12 CLA 13A-39 LOC 1, Teléfono 7799001 y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).
Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es) _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).
Dirección _____, Teléfono _____.

Declaraciones Previas:

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo; 2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley; 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable que se recolectan mediante este formulario se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008, según corresponda y/o de acuerdo con aquellas normas que las modifiquen, adicionen o complementen; 4. Que el Capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS**; 5. Que **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** cuentan con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus páginas web o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos, b) Solicitar prueba de la autorización otorgada, c) Ser informado del uso que se le ha dado a mis datos personales, d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes, y e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, y f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento; 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente o sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas ni a autorizar el tratamiento de dichos datos; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** pueden requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS**; 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** pueden requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz; 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** y en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro, puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos y/o terceros con quienes sostenga relaciones jurídicas y/o comerciales relacionadas con su objeto social, entre otros; 12. Que por iniciativas gremiales, **FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A** administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora; 13. Que si por alguna razón ha entregado a **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** datos personales de terceros, Usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esas personas, las Políticas de Tratamiento de **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** y 14. Que el tratamiento consistirá en cualquier operación sobre mis datos personales y/o datos personales de terceros, tales como la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación o supresión de los mismos.

Finalidad del Tratamiento de Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales y los datos personales de terceros que he suministrado serán tratados por **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, directamente o a través de Encargados con los cuales estas sociedades hayan contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor; ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con **LA(S) ASEGURADORA(S)** y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de **LA(S) ASEGURADORA(S)**, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción de riesgos; iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; iv) El control y la prevención del fraude; v) La liquidación y pago de siniestros; vi) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de coaseguradores y/o reaseguradores y/o ajustadores; vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora; ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes, aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada y otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O EL INTERMEDIARIO**; x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo; xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; xiii) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por **LA(S) ASEGURADORA(S)**.

AUTORIZACIONES

Con el propósito de proteger sus datos personales, **SBS Seguros Colombia S.A.** ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartirlos, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos para comunicarnos con usted y enviarle información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales de **SBS Seguros Colombia S.A.** asuntos relacionados con el contrato de seguro y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por **SBS Seguros Colombia S.A.** Usted cuenta con los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, y en especial tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información suministrados y podrá revocar las autorizaciones que aquí constan en cualquier momento. Adicionalmente, se le informa que son facultativas las respuestas a las preguntas que se le han hecho o se le harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) o sobre datos de niñas, niños y adolescentes; por lo cual usted no se encuentra obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento.

Así, por este medio Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **SBS Seguros Colombia S.A.** a las demás sociedades del grupo y/o terceros con quienes **SBS Seguros Colombia S.A.** sostenga relaciones jurídicas y/o comerciales relacionadas con su objeto social (incluidos proveedores, FASECOLD, INIF, INVERFAS S.A., entre otros), establecidos dentro o fuera del territorio nacional, para que utilice(n) los datos personales, incluidos los sensibles, que voluntariamente nos ha suministrado con los fines antes descritos. De igual forma, Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **SBS Seguros Colombia S.A.** a consultar y reportar información relativa a su comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

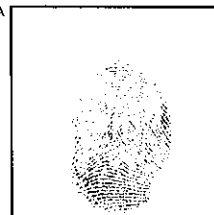
Por medio del presente documento, usted acepta la Política de Privacidad de Datos de **SBS Seguros Colombia S.A.** la cual se encuentra disponible en la página web www.sbseguros.co, puedo solicitar una copia en la línea de Atención al Cliente de **SBS Seguros Colombia S.A.** 01 8000 522 244 o en sus oficinas; política que usted reconoce es de su interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a **SBS Seguros Colombia S.A.** información de otra persona, usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de **SBS Seguros Colombia S.A.**

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; QUE EL NO DILIGENCIAMIENTO DE ALGUNO DE LOS CAMPOS SIGNIFICA QUE NO TENGO LA INFORMACIÓN DISPONIBLE O QUE LA MISMA NO SE HA MODIFICADO FRENTE A LA INFORMACIÓN ENTREGADA A LA COMPAÑÍA ANTERIORMENTE, Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.



FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



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 _____

Resultado de la Entrevista:

APROBADO ☐

RECHAZADO ☐

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día / Mes / Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre de Quien Verifica _____

Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
SECTOR ASEGURADOR**

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

*Vínculo/Relación	Nombre	Tipo de Identificación	NÚMERO ID	Nacionalidad	Cargo	Fecha Desvinculación

Vínculo/Relación

- 1. Cónyuge o compañero permanente.
- 2. Primer Grado de Consanguinidad: Padres e hijos.
- 3. Segundo Grado: Abuelos, hermanos y nietos.
- 4. Primero Civil: Suegros e hijastros.
- 5. Segundo de Afinidad: Abuelos del cónyuge o compañero permanente y cuñados.



Envío No. CP000451402CO

Tipo de Servicio:	EXPORTAFACIL COURIER			Fecha de Envío:	31/03/2021 11:59:48	
Cantidad:	1	Peso:	26320.00			
Valor de recaudo:	0	Valor:	714,100	Orden de servicio:		

Datos del Remitente:			
Nombre:	ARTESANIAS CAÑA FLECHA	Ciudad:	TUCHIN
Dirección:	CALLE 12 CRA 13A 39 BARRIO SAN MARTIN	Teléfono:	3045974631
Datos del Destinatario:			
Nombre:	DONAJI MANZANARES GARCIA	Ciudad:	Quien recibe:
Dirección:	CALLE 8A NORTE NUM EXT 35	Teléfono:	Envío relacionado: 529542018407

Observaciones:

Carta asociada: Código envío paquete: Envío de Ida/Regreso Asociado:

Fecha del Evento	Objeto	Código	Centro Operativo	Evento	Destino	Funcionario	Sector de Distribución	Cod. Sector	Distribuidor	Razón retorno	Centro Operativo Entrega	Cambio custodia (entrega)	Centro Operativo Recibe	Cambio custodia Recibe	Motivo Novedad
31/03/2021 11:59:48	GUIA	CP000451402CO	PO.SINCELEJO	Admitido		MPC.C.1072258841									
31/03/2021 14:51:25	CAMBIO CUSTODIA	2475939		CAMBIO DE CUSTODIA		luisc.gomez					PV.SINCELEJO	LUIS CARLOS GOMEZ	PO.SINCELEJO	TONY TUNJANO	
31/03/2021 15:21:09	DESPACHO	EA083395239	PO.SINCELEJO	FORMACIÓN DE DESPACHO	UPX.CENTRO OPER	juan.monterroza									
03/04/2021 01:37:28	NOVEDAD EN DESPACHO	EA083395239		ENVÍO CON NOVEDAD		eduardo.sarmiento			PO.BARRANQUILLA						EN TRANSITO
05/04/2021 10:23:33	NOVEDAD EN ENVÍO	CP000451402CO	CTP.CENTRO A	ENVÍO CON NOVEDAD		carlos.rubiano									ENCONT RADO
05/04/2021 10:23:37	NOVEDAD EN ENVÍO	CP000451402CO	CTP.CENTRO A	ENVÍO CON NOVEDAD		carlos.rubiano									ENCONT RADO
05/04/2021 11:00:59	DESPACHO	DA583397345	CTP.CENTRO A	FORMACIÓN DE DESPACHO	UPX.CENTRO OPER	carlos.rubiano									
05/04/2021 11:06:39	DESPACHO	DA383397356	CTP.CENTRO A	FORMACIÓN DE DESPACHO	UPX.CENTRO OPER	carlos.rubiano									
05/04/2021 11:07:53	DESPACHO	ON523397359	CTP.CENTRO A	FORMACIÓN DE DESPACHO	UPX.CENTRO OPER	carlos.rubiano									
05/04/2021 11:10:34	DESPACHO	AM333397364	CTP.CENTRO A	FORMACIÓN DE DESPACHO	UPX.CENTRO OPER	carlos.rubiano									
05/04/2021 11:15:53	DESPACHO	OO523397369	CTP.CENTRO A	FORMACIÓN DE DESPACHO	UPX.CENTRO OPER	carlos.rubiano									
05/04/2021 11:16:25	DESPACHO	AA243397370	CTP.CENTRO A	FORMACIÓN DE DESPACHO	UPX.CENTRO OPER	carlos.rubiano									
06/04/2021 09:14:11	DESPACHO	AA243397370	UPX.CENTRO OPER	RECEPCIÓN DE DESPACHO		elkin.aguilera m									

Planilla

Documentos adicionales:

Denuncios:

