

Señor (a)
FISCAL 07 LOCAL JAMUNDI - VALLE
E.S.D.

REF: DESISTIMIENTO
RAD.76-36 460 00177-2020-00998
IND. GILDARDO MONTOYA VEHÍCULO PLACAS: VCD434
DELITO: LESIONES PERSONALES EN A/T
VICTIMAS : JORGE LUIS SOLIS

JORGE LUIS SOLIS ARARAT, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con C.C No 1067468646 de Suarez, quien obra por medio de su abogada la Doctora **VANESSA CASTILLO VELASQUEZ**,. Mayor de edad, vecina de Cali, identificada como aparece al pie de mi firma, C.C No 66855.547 de Cali. T.P No 87.266 del C.SJ.

Ante usted con el debido respeto y en pleno uso de nuestras facultades, nos permitimos manifestar de manera libre, espontánea, informada, sin apremio de ninguna clase que **DESISTO de toda acción PENAL**, civil, administrativa, policiva y de cualquier índole judicial y extrajudicial a favor de **SR ORLANDO MOSQUERA, EQUIDAD SEGUROS S.A , COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE JAMUNDI , NANCY MERCEDES ESCOBAR.**

Lo anterior por cuanto he sido INDEMNIZADO INTEGRALMENTE por los perjuicios de todo orden causados.

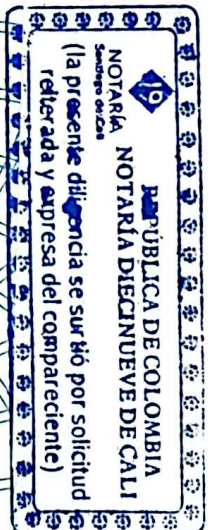
CORDIALMENTE

JORGE LUIS SOLIS ARARAT
C.C No 1067468646

Jorge Luis Solis

[Firma]
VANESSA CASTILLO VELASQUEZ
C.C No 66.855.547 de Cali,
T.P No 87.266 del C.S.J

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012
En Cali: 2025-06-09 08:18:12
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:
SOLIS ARARAT JORGE LUIS
a quien identifiqué con C.C. 1067468646
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.
Cod. vcx6d
20645-6119404d
X *Jorge Luis Solis*
COMPARECIENTE
[Firma]
ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA
NOTARIA 19 DEL CIRCULO DE CALI



SEÑORES
EQUIDAD SEGUROS S.A
Atn. DEPARTAMENTO DE INDEMNIZACIONES
Ciudad

REF: AUTORIZACION DE PAGO INDEMNIZACION / PAGO FRACCIONADO
SU AUTO: PLACA VCD 434

JORGE LUIS SOLIS ARARAT, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con C.C No 1067468646 de Suarez , **LEONILDE ARARAT DIAZ**, **LIZETH DAYAN CASTILLO POPO**, **ANA MAURIN SOLIS ARARAT** Mayores de edad, identificados como aparece el pie de nuestras firmas, vecinos de Jamundí, ante usted con el debido respeto nos permitimos manifestar que conferimos **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a la Dra. **VANESSA CASTILLO VELASQUEZ**, mayor de edad, vecina de Cali, abogada titulada y en ejercicio, identificada con C.C No 66.855.547 de Cali y portadora de la T.P No 87.266 del C.S.J, con el fin de que en nuestro nombre y representación **RECLAME, CONCILIE, y CELEBRE CONTRATO DE TRANSACCION** con el fin de obtener el pago de los daños y perjuicios materiales, inmateriales y demás causados a los suscritos.

Queda nuestra apoderada facultada para recibir, desistir, sustituir, reasumir, conciliar, transar, transigir, descontar sus honorarios equivalentes al 30% del valor pagado por la Compañía de seguros.

De otra parte **AUTORIZAMOS** al SEÑOR **JORGE LUIS SOLIS ARARAT**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con C.C No 1067468646 de Suarez para que **RECIBA** el valor correspondiente al 70% del valor pagado por la Compañía de seguros.

Manifestamos que **AUTORIZAMOS** a **EQUIDAD SEGUROS S.A** para que se sirva **CANCELAR** el valor acordado como **INDEMNIZACION INTEGRAL** en la suma de **VEINTI OCHO MILLONES DE PESOS (\$28.000.000)** por concepto de **LESIONES PERSONALES Y DAÑOS MATERIALES** de manera fraccionada así:

1. Por la suma de **OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$8.4000.000)** a favor del **DR. VANESSA CASTILLO VELASQUEZ**, mayor de edad, vecina de Cali, abogada titulada y en ejercicio, identificada con C.C No 66.855.547 de Cali y portadora de la T.P No 87.266 del C.S.J en calidad de **APODERADA** de los suscritos, con facultades para **RECIBIR** y descontar los honorarios del valor indemnizado, solicito que el valor de los honorarios equivalente al 30% del valor acordado es decir la suma de \$8.4000.000 sea **CANCELADO** mediante pago por transferencia a la cuenta de **AHORROS No37901334-1** del **BANCO ITAU** titular **DRA VANESSA CASTILLO VELASQUEZ**.
2. Por la suma de **DIECINUEVE MILLONES SEICIENTOS MIL PESOS MCTE (\$19.600.000)** a favor del **SR JORGE LUIS SOLIS ARARAT**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con C.C No 1067468646 de Suarez mediante pago por transferencia a la cuenta de **AHORROS No 488353764** del banco de **BOGOTA** Titular **Sr JORGE LUIS SOLIS ARARAT**

Agradecemos su valiosa colaboración.



ELIZABETH
NOTARIA DECINUEVE DEL CIRCULO DE CALI

EL CIRCULO DE CALI

CALLE 10

CORDIALMENTE

JORGE LUIS SOLIS ARARAT

C.C No 1067468646

Jorge Luis Solis

ANA MAURIN SOLIS ARARAT

C.C No 1002885254

Ana Maurin Solis Ararat.

LIZETH DAYAN CASTILLO POPO

CC No 1144212426

Lizeth Castillo.

LEONILDE ARARAT DIAZ

C.C No 25327848

Leonilde Ararat

ACERTO



VANESSA CASTILLO VELASQUEZ

C.C No 66.855.547 de Cali,

T.P No 87.266 del C.S.J



19 REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012

En Cali: 2025-06-09 08:18:15
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:

SOLIS ARARAT JORGE LUIS
a quien identifique con C.C. 1067488648
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

 Cod: vcx6f

 20645-04a90763

X Jorge Luis Solis
COMPARECIENTE


ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA
NOTARIA 19 DEL CIRCULO DE CALI

19 REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012

En Cali: 2025-06-09 08:19:38
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:

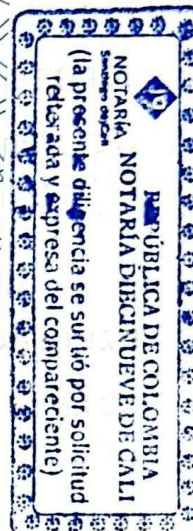
SOLIS ARARAT ANA MAURIN
a quien identifique con C.C. 1002883254
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

 Cod: vcx8f

 20645-df8054cf

X Ana Maurin Solis
COMPARECIENTE


ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA
NOTARIA 19 DEL CIRCULO DE CALI



19 REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012

En Cali: 2025-06-09 08:19:12
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:

GASTILLO POPO LIZETH DAYAN
a quien identifique con C.C. 1144272428
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

 Cod: vcx7s

 20645-8dd77354

X Lizeth Castillo
COMPARECIENTE


ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA
NOTARIA 19 DEL CIRCULO DE CALI

19 REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012

En Cali: 2025-06-09 08:20:06
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:

ARARAT DIAZ LEONILDE
a quien identifique con C.C. 26327848
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

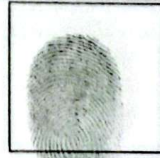
 Cod: vcx92

 20645-1c987ebc

X Leonilde Ararat
COMPARECIENTE


ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA
NOTARIA 19 DEL CIRCULO DE CALI

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO Solis	SEGUNDO APELLIDO Ararat	PRIMER NOMBRE And	SEGUNDO NOMBRE Maurin		
☒ C ☐ CE ☐ R ☐ OTE	NUMERO 1002885254	LUGAR DE EXPEDICIÓN Buenos Aires	FECHA DE EXPEDICIÓN 25-Feb-2020 SEXO ☒ M ☐ F		
FECHA DE NACIMIENTO 31-Dic-2001	NACIONALIDAD Colombiana	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN Estudiante			
ESTADO CIVIL CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS	ESTRATO 2			
TIPO DE ACTIVIDAD ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☒ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA				
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO			
LUGAR	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA			
TELÉFONO		CELULAR	EMAIL		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? ☐ SI ☒ NO ¿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 ☐ CE ☐ R	NUMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN			
FACTORES ORIGINALES PRINCIPAL DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO		
PAÍS		FAX			
FACTORES SUCURSAL O AGENCIA DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO		
		FAX			
TIPO DE EMPRESA PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐	CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐	OTRA		
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL					
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL. APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)					
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	% PARTICIPACIÓN		
Ana Maurin Solis Ararat	CC ☒ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐	1002885254			
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐				
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐				
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐				
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐				
3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)					
INGRESOS MENSUALES	\$ 400.000	ACTIVOS	\$ 0		
EGRESOS MENSUALES	\$ 200.000	PASIVOS	\$ 2'300.000		
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
				☐	☐
				☐	☐
5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO					
Declaro expresamente que:					
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): ventas ocasionales.					
2. 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.					
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.					
4. Autorizo a la Equidad Seguros O.C. 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 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					
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.					
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					
FIRMA COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADemás DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.					
Ana Maurin Solis A. FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.					 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		

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Castillo SEGUNDO APELLIDO: POPO PRIMER NOMBRE: Lizeth SEGUNDO NOMBRE: Dayan

C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ N. ☐ OTI ☐ NUMERO: 1144212426 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Calí FECHA DE EXPEDICIÓN: _____ SEXO ☒ F ☐ M

FECHA DE NACIMIENTO: 28-09-1999 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Adm. Salud.

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ N° DE HIJOS: _____ ESTATO: 2

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA (DONDE TRABAJA): Provida IPS CARGO: Aux. Administrativo

LUGAR: Calí DIRECCIÓN: Cra 40 # 58-64 TELEFONO: _____ FAX: _____

CARTEL DE RESIDENCIA: Calle 79D # 20-29 CIUDAD DE RESIDENCIA: Calí

TELÉFONO: _____ CELULAR: 312 852 58 95 EMAIL: Castillolizethdayan@gmail.com

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? ☐ SI ☒ NO

¿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. ☐ C.E. ☐ NUMERO: _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: _____

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ TELEFONO: _____

CARTEL: _____ FAX: _____

DATOS SECUNDALES O AGENCIA: DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ TELEFONO: _____

FAX: _____

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA ☐ ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ OTRA: _____

PRIVADA ☐ COMERCIAL ☐ AGRÍCOLA ☐

MIXTA ☐ TRANSPORTE ☐ CIVIL ☐

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____

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

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	% PARTICIPACIÓN
<u>Lizeth Dayan Castillo Popo</u>	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<u>1144212426</u>	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ 1.600.000 ACTIVOS: \$ 38.600.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 1.500.000 PASIVOS: \$ 35.194.450

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
				☐	☐
				☐	☐

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): empleada - salario
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito 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 O.C. 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 derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos, terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL 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).

PERSONA JURÍDICA 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

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

Lizeth Castillo

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.


HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

N° SINIESTRO

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

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solis	araya	Jorge	lois
CC ☒ CE ☐ TI ☐ R ☐ OTE ☐	NUMERO 1067468646	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
13 Junio 1997	NACIONALIDAD Colombiana	Guaree	SEXO ☐ F ☒ M
ESTADO CIVIL	CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS	ESTRATO 2
TIPO DE ACTIVIDAD	ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONOMICA	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA Importfoods			
CUIDAD Cali	DIRECCION CR 30 #10-113	TELEFONO 3153810716	FAX
DIRECCION DE RESIDENCIA	C1179D #20-29	CUIDAD DE RESIDENCIA Cali Valle de	EMAIL jso1iscurore@gmail.com
TELEFONO	CELULAR 3706935679	EMAIL	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? ☐ SI ☒ 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 JURIDICA			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NIT	
REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC ☐ CE ☐	NUMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
DATOS OFICINA PRINCIPAL	DIRECCION	CUIDAD	TELEFONO
PAG WEB	CUIDAD		FAX
DATOS SUCURSAL O AGENCIA	DIRECCION	CUIDAD	TELEFONO
TIPO DE EMPRESA:	PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONOMICA:	INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐ CONSTRUCCION ☐ AGRICOLA ☐ CIVIL ☐ OTRA
BREVE DESCRIPCION DEL OBJETO SOCIAL			
IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL. APOORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION)			
RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
Jorge lois Solis araya	CC ☒ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐	1067468646	
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	CC ☐ CE ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
3. INFORMACION FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)			
INGRESOS MENSUALES	\$ 1.600.000	ACTIVOS	\$ 0
EGRESOS MENSUALES	\$ 1.600.000	PASIVOS	\$ 1.130.000
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	0
4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS			
RELACIONE A CONTINUACION LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS			
AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR
			RECLAMACION
			INDEMNIZACION
5. DECLARACION DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO			
Declaro expresamente que:			
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): empleado - salario			
2. 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.			
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.			
4. 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			
5. 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 JURIDICA	
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (CÉDULA DE CIUDADANIA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERIA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMATICO)		EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES	
7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO			
FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES			
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1067468646			HUELLA
8. INFORMACION ENTREVISTA			
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACION DE DATOS		OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACION DE DATOS	
NOMBRE	CÉDULA		

GRG-FO-0040
06/2017

N° SINIESTRO

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

AGENCIA

DD

MM

AAAA

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO ayara	SEGUNDO APELLIDO diás	PRIMER NOMBRE leónide	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE EXPEDICIÓN	
☒ C ☐ CI ☐ I ☐ R ☐ OT	NUMERO 25327848	LUGAR DE EXPEDICIÓN Barranquilla	FECHA DE EXPEDICIÓN 26/01/1983	SEXO ☒ M ☐ F	
FECHA DE NACIMIENTO 12/02/1962	NACIONALIDAD Colombiana	Ocupación / Profesión Arma de Caza			
ESTADO CIVIL CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☒	N° DE HIJOS 4	ESTRATO 3			
TIPO DE ACTIVIDAD ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☒ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐			ACTIVIDAD ECONOMICA		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			CARGO		
Ciudad	DIRECCION	TELEFONO	FAX		
DIRECCION DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA			
TELEFONO		CELULAR 300 345 8850	EMAIL		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? ☐ SI ☒ NO					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P. ☐ SI ☒ NO					
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:					
2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURIDICA					
RAZON O DENOMINACION SOCIAL			NIT		
REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
☐ C ☐ CI ☐ I	NUMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION			
DATOS OFICINA PRINCIPAL DIRECCION		CIUDAD	TELEFONO		
FAX		TELEFONO			
DATOS SUCURSAL O AGENCIA DIRECCION		CIUDAD	FAX		
TIPO DE EMPRESA PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐		ACTIVIDAD ECONOMICA INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐	CONSTRUCCION ☐ AGRICOLA ☐ CIVIL ☐	OTRA	
BREVE DESCRIPCION DEL OBJETO SOCIAL					
IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION)					
RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO leónide ayara días		TIPO DE IDENTIFICACION C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		NUMERO 25327848	% PARTICIPACION
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
3. INFORMACION FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)					
INGRESOS MENSUALES	\$ 700.000	ACTIVOS	\$ 17.000.000		
EGRESOS MENSUALES	\$ 500.000	PASIVOS	\$ 0		
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	0		
4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACION LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS					
AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION
				☐	☐
				☐	☐
5. DECLARACION DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO					
Declaro expresamente que:					
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Ventas ocasionales					
2. 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					
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente					
4. Autorizo a la Equidad Seguros O.G. 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					
5. 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 JURIDICA		
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (CÉDULA DE CIUDADANIA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERIA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMATICO)			EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES		
7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO					
FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.					
leónide ayara					
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.					HUELLA
8. INFORMACION ENTREVISTA					
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACION DE DATOS			OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACION DE DATOS		
NOMBRE			CÉDULA		

GRG-FO-0040
06/2017

 AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA					
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☒ INTERMEDIA ☐ OT ☐ CUAL: _____					
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA ☐ INDENIZACIÓN ☒ 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>Jorge Luis</u>		PRIMER APELLIDO <u>solis</u>		SEGUNDO APELLIDO <u>araracit</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO <u>1067468606</u>	FECHA EXPEDICION <u>16 Jun 2015</u>		CIUDAD EXPEDICION <u>suarez</u>	
DIRECCION: <u>Calle 7ª #20-29</u>		CIUDAD: <u>Cali</u>		DEPARTAMENTO: <u>valle-cauca</u>	
TELEFONOS:		FAX:		CELULAR: <u>3206735629</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>1188353764</u>		CORRIENTE ☐ AHORROS ☒		CÓDIGO DEL BANCO <u>1001</u>	
BANCO <u>banco de bogota</u>		SUCURSAL		CIUDAD <u>cali</u>	
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			
TELEFONOS 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			
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: <u>jsolisararal@gmail.com</u>					
En constancia se firma en: <u>Cali valle</u> a los <u>(08)</u> del mes de <u>Junio</u> de <u>2025</u>					
Firma del Representante Legal y Sello			<u>Jorge Luis Solis</u> Firma y Cédula Persona Natural		

CÉDULA DE
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.067.468.646



Apellidos
SOLIS ARARAT

Nombres
JORGE LUIS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	M
Fecha de nacimiento	G S	
13 JUN 1997	O+	
Lugar de nacimiento		
SUAREZ (CAUCA)		

Fecha y lugar de expedición
16 JUN 2015, SUAREZ

Firma

Jorge Luis Solis

Fecha de expiración
11 JUL 2033



00

027666766

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL027666766211087<<<<<<<<<<
9706132M3307113COL1067468646<5
SOLIS<ARARAT<<JORGE<LUIS<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.002.885.254**

SOLIS ARARAT

APELLIDOS

ANA MAURIN

NOMBRES

Ana Maurin Solis Ararat

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-2001**
BUENOS AIRES
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

25-FEB-2020 BUENOS AIRES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1101000-01138016-F-1002885254-20200312

0070590744A 1

51664052

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.144.212.426

CASTILLO POPO

APELLIDOS

LIZETH DAYAN

NOMBRES

Lizeth Castillo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1999

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

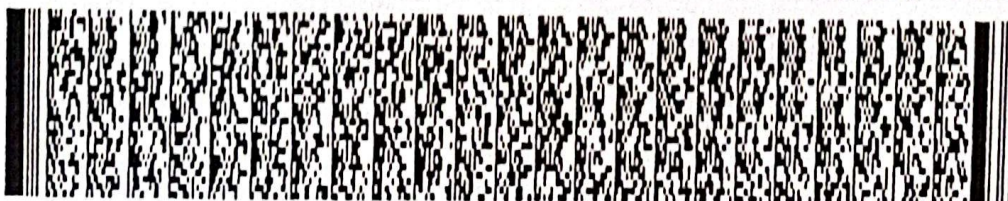
1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-OCT-2017 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-3100100-00953493-F-1144212426-20171110

0058439727A 2

49580296

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.327.848**

ARARAT DIAZ

APELLIDOS

LEONILDE

NOMBRES

Leonilde Ararat

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1962**

BUENOS AIRES
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

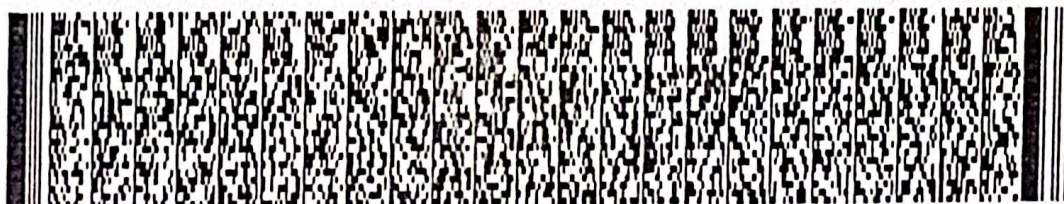
1.60
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

26-ENE-1981 BUENOS AIRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1108700-00168825-F-0025327848-20090812

0014859001A 1

32082819